

363

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Eugène-Jules FRÉMONT

Né à Vervins (Aisne) le 8 septembre 1876

DE QUELQUES

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

ET EN PARTICULIER

DANS LA GROSSESSE TUBAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, VARNIER et SÉRILEAU.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JULES ROUSSET

Librairie Médicale et Scientifique

36, Rue Serpente, 36

En face la Faculté de Médecine

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Eugène-Jules FRÉMONT

Né à Vervins (Aisne) le 8 septembre 1876

DE QUELQUES

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

ET EN PARTICULIER

DANS LA GROSSESSE TUBAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, VARNIER et SÉBILEAU.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JULES ROUSSET

Librairie Médicale et Scientifique

36, Rue Serpente, 36

En face la Faculté de Médecine

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER
		DUPLAY
Clinique chirurgicale		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

A ma Sœur

A LA MÉMOIRE

de mes Grands-Parents

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Tillaux

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Introduction

Nous avons voulu traiter de quelques indications opératoires dans la grossesse extra-utérine et en particulier dans la grossesse tubaire.

Notre travail repose sur l'étude de 24 cas de grossesses ectopiques empruntés à la pratique de notre excellent maître, M. Tuffier, qui a bien voulu mettre à notre disposition ses registres d'observations. Nous tenons à lui en témoigner ici notre profonde gratitude.

Il est regrettable que notre statistique ne compte qu'un seul cas de grossesse extra-utérine après le 5^e mois, car elle ne nous a pas permis d'envisager les différentes éventualités qui peuvent se présenter, nous étant strictement limité à l'étude des faits qu'elle comporte.

Les autres cas ont été divisés en 4 groupes :

I^{er} groupe : 6 cas de grossesses extra-utérines simples, ou compliquées de lésions annexielles, mais sans rupture ;

II^e groupe : 4 cas de grossesses extra-utérines rompues avec hémorrhagie non enkystée, s'étant arrêtée d'elle-même ;

III^e groupe : 10 cas de grossesses ectopiques rompues, et ayant donné naissance à une hématoçèle simple (5 cas), ou suppurée (5 cas) ;

IV^e groupe : 3 cas de grossesses extra-utérines rompues, avec inondation péritonéale.

Toutes ces femmes ont été opérées et guérirent, sauf deux. Dans l'un de ces deux cas, une expectation trop prolongée a coûté la vie à la malade. Dans l'autre cas, la mort est survenue par complication post-opératoire (occlusion intestinale par bride épiploïque).

En présence de résultats aussi satisfaisants, il nous a semblé qu'il n'était pas inutile d'exposer la pratique de notre maître.

Nous n'avons guère observé que des grossesses tubaires. On nous pardonnera donc d'avoir particulièrement insisté sur cette variété, de beaucoup la plus commune, du reste.

Avant d'aborder l'étude de nos observations, et afin que notre travail ne semble pas incomplet, nous avons pensé qu'il était utile de faire l'exposé des lésions morbides que l'on avait à combattre. C'est la seule excuse aux quelques pages consacrées à l'anatomie pathologique de la grossesse extra-utérine.

Dans un second chapitre, nous nous sommes efforcé de montrer la formidable mortalité de la grossesse ectopique abandonnée à elle-même, cherchant à faire voir ainsi l'utilité de l'intervention.

Viennent ensuite nos 24 observations divisées en 5

groupes, ainsi que nous l'avons dit précédemment. A propos de quelques-unes d'entre elles, nous avons fait ressortir certains points sur lesquels nous voulions attirer particulièrement l'attention.

Nous terminerons par quelques remarques tirées de l'étude de ces observations, et par l'exposition des indications de chacune des opérations par lesquelles on est intervenu : laparotomie, colpotomie, et hystérectomie vaginale, sans nous arrêter aux détails de technique opératoire.

Avant de commencer notre travail, nous ne saurions oublier qu'il nous fournit l'occasion de remplir un devoir bien agréable, celui de témoigner publiquement à nos maîtres notre profonde reconnaissance.

Nous remercions tout particulièrement, M. le Dr Tuffier, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, qui a été l'inspirateur de notre thèse, de la bienveillance toute particulière qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les deux années que nous avons passées dans son service.

Nous prions MM. les Drs Faisans, Merklen et Oulmont, chez qui nous avons fait notre stage médical, et M. le Dr Souques, d'agréer nos remerciements pour les leçons aussi intéressantes que scientifiques qu'ils nous ont faites.

MM. les docteurs Potherat et Arroux voudront bien accepter l'hommage de notre gratitude, pour la bonté avec laquelle ils nous ont reçu dans leur service ou à leur consultation de chirurgie infantile et adulte.

Que MM. le professeur Budin et le docteur Doléris

veillent bien recevoir l'expression de notre vive reconnaissance, pour la direction bienveillante qu'ils ont donnée à notre éducation obstétricale et gynécologique. Nous n'oublions pas M. Comby, qui nous a initié à la clinique des maladies infantiles.

Nous prions enfin M. le professeur Tillaux d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, lui qui, voulut bien, au début de nos études médicales, nous recevoir comme bénévole, pendant un an, dans son joli service.

Chapitre Premier

Anatomie pathologique

Nous passerons avec rapidité sur l'anatomie pathologique de la grossesse extra-utérine.

Les accoucheurs du siècle dernier, avec Levret (*L'art des accouchements*, 1776) et Baudélocque (*L'art des accouchements*, 1796) admettaient 3 variétés de « mauvaise grossesse ».

Quelques années plus tard, Velpeau (*Traité des accouchements*, 1835), portait ce nombre à 4, et vers la même époque, Dezeimeris ne craignait pas de multiplier les difficultés en distinguant 10 espèces de grossesses ectopiques (*Journal des connaiss. médic. chirurg.*, janvier 1837, t. IV). Il est vrai que Cazeaux, après avoir admis la division de Dezeimeris, la réduisait bientôt de moitié (Cazeaux et Tarnier, *Traité de l'art des accouchements*, 9^e édition, 1874, p. 596).

Aujourd'hui on s'accorde généralement à reconnaître 3 grandes variétés. Suivant que le développement de l'ovule

se fait dans la trompe, au niveau de l'ovaire, ou dans la cavité abdominale, on a la variété tubaire, ovarique ou abdominale. Nous devons dire cependant que Lawson Tait (*Brit. med. Journ.*, 16 août 1884, p. 317) n'admet qu'une seule forme primitive de grossesse ectopique, la forme tubaire. Toutes les autres variétés que l'on a décrites ne sont que des formes secondaires, à l'exception de la grossesse ovarique dont l'existence lui semble plutôt douteuse, et en tout cas nullement démontrée. Il n'y aurait donc que la variété tubaire, au moins dans les premières semaines, jusqu'au moment de la rupture, et elle peut être tubo-ovarique, tubaire proprement dite, ou interstitielle. Puis lorsque la trompe se rompt, si la femme survit, ainsi que cela se voit quelquefois, le kyste passe dans la cavité abdominale ou dans l'épaisseur des ligaments larges, suivant le siège du placenta, et la grossesse devient abdominale dans le premier cas, sous-péritonéale dans le second.

On comprend facilement cette diversité d'opinions, si l'on songe à la difficulté que l'on éprouve à reconnaître à l'autopsie, le point exact où l'œuf s'est greffé à son origine, au milieu des modifications nombreuses qui se sont produites dans les organes, par le fait de la présence du kyste fœtal et de son accroissement.

Cependant, si l'existence de la grossesse ovarique a soulevé de nombreuses contestations, on peut dire que la grossesse tubaire est reconnue par tous les auteurs. Quant à la grossesse abdominale, elle est admise par tous aussi, mais les uns, peu nombreux, veulent qu'elle soit tou-

jours secondaire, alors que les autres affirment qu'elle peut être primitive.

C'est donc sur la grossesse tubaire que nous insistons le plus particulièrement, c'est du reste, celle que nous avons rencontrée le plus communément. Nous aurons surtout en vue les lésions morbides qui aboutissent à la rupture, et qui ont été bien étudiées par Pilliet.

I. — *Grossesse tubaire*. — Elle est interstitielle, tubaire proprement dite, ou tubo-abdominale, suivant le point du salpinx où se fixe l'ovule.

Elle présente 4 points à étudier :

1° Sa cause ;

2° Les modifications dont la trompe est le siège ;

3° Les modifications de l'utérus ;

4° Son évolution.

1° *Cause*. — D'après Lawson Tait, elle serait due à une salpingite desquamative avec chute des cils de l'épithélium vibratile qui recouvre la muqueuse tubaire. En effet cette lésion de la muqueuse est presque constante. L'ovule, perdant ses moyens de locomotion, resterait en détresse dans la trompe où le spermatozoïde viendrait le féconder. D'après Pilliet la greffe de l'œuf serait encore favorisée par la présence de bourgeons charnus et vasculaires nés à la suite du processus inflammatoire dont la trompe est le siège.

Nous ne nous arrêterons pas à rechercher la fréquence de la grossesse tubaire, ni le côté qu'elle affecte le plus particulièrement, ni la partie du salpinx où l'ovule se fixe

le plus souvent. Ce sont des points secondaires, et qui sont résolus différemment suivant les statistiques que l'on consulte.

Nous dirons cependant que les exemples de grossesses ectopiques se multiplient avec les progrès de la chirurgie, et depuis qu'on sait mieux les reconnaître; que les annexes droites en seraient le plus souvent le siège, d'après les statistiques Hecker, Campbell et Martin, de Foncet (Dictionnaire encyclop. article hématoécèle), mais que celles plus récentes de Schrenck portant sur un nombre de cas plus considérable (Schrenk, Ueber ectopische gravidität, Dorpat, 1894), de Cestan, ont montré que les deux côtés étaient frappés avec une égale fréquence.

Quant à Hennig, il a fait voir que sur 124 cas qu'il a étudiés, l'œuf était au milieu de la trompe, ou dans un point très voisin dans 104 cas : 10 fois il était plus rapproché de l'utérus, 10 fois plus rapproché de l'ovaire. (Hennig, die krankheiten der Eileiter u. die Tubenschwangerschaft, Stuttgart, 1876).

Il est plus intéressant de savoir que la grossesse tubaire peut exister des deux côtés à la fois (Obs. V) qu'elle peut récidiver du côté opposé, après une première intervention (Obs. de Boisieux, Veit, de Berk, Tait, etc.) et qu'elle est quelquefois gémellaire avec deux sacs dans le même oviducte (obs. de Strecker, de Coë) de Peyrot, de Le Dentu, etc.).

2° *Modifications du côté de la trompe.* — Dès que l'ovule s'est fixé dans l'un des replis de la muqueuse

tubaire, celle-ci subit des modifications importantes. Elle prend un aspect tomenteux (Rokitansky) et toute la trompe devient le siège d'une excessive vascularisation à laquelle participe l'ovaire correspondant. De nouveaux vaisseaux se forment, tandis que ceux qui existaient déjà se multiplient. En même temps, les fibres musculaires qui constituent les parois du salpinx s'hypertrophient.

Par suite de cette hypernutrition, la trompe augmente de volume sur toute sa longueur, et sa lumière s'élargit; mais c'est surtout au niveau de l'œuf que ces transformations sont marquées. Il est exceptionnel en effet de rencontrer une hypertrophie uniforme de la trompe. Dans tous les cas, elle est plus volumineuse au point d'implantation de l'œuf où se dessine une poche arrondie le plus souvent, fusiforme quelquefois, mais toujours nettement délimitée.

C'est dans cette poche que va se développer l'embryon.

Si l'on ouvre le ventre dans les premières semaines qui ont suivi la fécondation, rien ne peut faire prévoir que l'on se trouve en présence d'une grossesse pathologique. La petite tumeur a la forme et les dimensions d'un œuf, et comme, en général, du sang s'est répandu dans sa cavité, rien ne la distingue d'un hématosalpinx banal, d'autant plus qu'au milieu du sang et des caillots qui la remplissent, il est bien difficile de reconnaître la trace d'un fœtus qui peut déjà avoir disparu. Il est en effet dans de mauvaises conditions pour se développer: Pilliet a démontré que les vaisseaux de la trompe n'étaient pas

disposés en sinus profonds et prêts à recevoir les radicales de l'ecto-placenta. Aussi il meurt quelquefois de bonne heure et se résorbe.

La trompe en effet n'est pas préparée pour le développement de cette greffe ovulaire et de cette placentation, pour ainsi dire, « hors nature » ; ce sont des actes qui « se doivent passer dans le corps utérin muni de plexus vasculaires suffisants pour l'alimentation du placenta, et des plexus musculaires nécessaires pour l'expulsion du fœtus à terme ». Elle « ne possède à un degré suffisant ni ces vaisseaux, ni ces muscles » (Pilliet). C'est dans ces cas que l'examen histologique, qui fait reconnaître la présence des villosités choriales, permettra seul d'affirmer la gravidité de la trompe (Baudron et Pilliet, Bull. Soc. anat., mai 1891).

Si la grossesse continue, les fibres musculaires s'hypertrophient, à mesure que l'œuf augmente de volume ; mais cette hypertrophie a une limite qui est bientôt atteinte, la fin du 2^e mois d'après Hennig. Alors les fibres se laissent distendre, s'amincissent et s'éraillent, premier indice d'une rupture prochaine. Les plis de la muqueuse s'effacent. L'épithélium s'aplatit et disparaît au point où va se former le placenta ; d'après Martin, l'insertion placentaire se fait 44 fois sur 55 sur la paroi supérieure de la trompe ; c'est à cela qu'est due la fréquence des hémorragies intra-péritonéales, puisque la rupture se fait au niveau du placenta.

Les lésions sont les mêmes, en dehors de la poche,

mais elles sont moins marquées : vascularisation plus abondante, augmentation de volume des fibres musculaires, chute de l'épithélium. Cependant M. Tuffier a montré que, dans la partie la plus interne de la trompe, les lésions étaient habituellement peu marquées. De même, Zedel (*Zeit. f. Geburts. u. Gynæk.* 1893) et Werth (*Behandl. der extra-utérin*, Schmaigerschaf, 1887), qui ont vu que la trompe était d'autant moins altérée qu'on la considérait en un point plus rapproché de l'utérus, où elle pouvait même être absolument normale.

Les franges du pavillon sont congestionnées et turgescents. Elles s'accolent et ferment l'orifice abdominal de la trompe. L'orifice utérin au contraire reste presque toujours perméable.

3° Modifications du côté de l'utérus. — Ces modifications sont les mêmes pour toutes les variétés de grossesse ectopique ; mais elles sont plus ou moins marquées, suivant que l'œuf siège en un point plus ou moins rapproché de la matrice.

L'utérus augmente de volume, mais jamais dans des proportions aussi considérables que s'il s'agissait d'une grossesse normale. Son col se ramollit, et sa muqueuse subit des transformations analogues à celles de la trompe. Elle se transforme en caduque, que l'ostium uterinum ait conservé sa perméabilité ou qu'il se soit oblitéré. Cette caduque tombe, en masse ou peu à peu, dans les 3 mois qui suivent la fécondation. Dans le premier cas, elle simule

un avortement. Après sa chute, la muqueuse utérine se reforme.

4° *Evolution de la grossesse tubaire.* — a) Nous avons vu que dans certains cas l'embryon mourait dès le début de la grossesse, et disparaissait sans qu'on puisse en retrouver la trace, laissant une poche sanguine que rien ne peut faire distinguer d'un *hémato-salpinx*, les villosités choriales pouvant manquer aussi. Cependant si on ne retrouve aucun débris fœtal ou placentaire, l'étude du caillot contenu dans la poche pourra parfois mettre sur la voie du diagnostic.

« Quand le fœtus a disparu, dit Pilliet, la cavité amniotique peut persister sous la forme d'une fente allongée, à parois lisses, avec ou sans liquide, occupant le centre d'un caillot volumineux qu'il faut sectionner méthodiquement pour le trouver ».

D'autres fois on ne reconnaîtra la grossesse qu'à « un mince caillot pariétal adhérent, ne contenant plus de villosités, et dont l'origine ne pourra être soupçonnée que pour deux raisons : dénudation de la muqueuse à son niveau, et présence de cellules migratrices pigmentées ».

b) Il est moins rare de voir les parois de la trompe se contracter et chasser leur contenu en totalité ou en partie, dans l'utérus ou dans l'abdomen, c'est l'*avortement tubaire*. Dans les deux cas, il y a hémorragie, mais l'œuf peut ne pas être expulsé, et alors l'avortement est dit incomplet ; il est dit complet dans le cas contraire, et Bland Sutton (Brit. med. J., nov. 1893) a indiqué à quels carac-

tères on peut distinguer ces môles tubaires des môles utérines.

L'avortement abdominal est plus fréquent que l'avortement tubaire. Il se produit dans les huit premières semaines, parce qu'à ce moment l'œuf est encore peu adhérent à la muqueuse tubaire. Il peut amener la mort par anémie aiguë, à moins que le sang ne s'accumule dans le cul-de-sac de Douglas et s'enkyste en donnant naissance à une *hématocèle*.

c) Plus souvent, la grossesse continue jusqu'au troisième mois, puis *la trompe se rompt*.

Cette rupture est due à deux causes : la distension de la trompe et ses lésions au niveau du placenta. C'est en effet au niveau de l'insertion placentaire que cèdent habituellement les tissus, amincis à ce point, hypertrophiés dans le voisinage : « Dans le point où se fait la greffe de l'œuf, les vrilles de l'ecto-placenta détruisent les franges de la trompe ; elles les corrodent et pénètrent dans le chorion à la recherche des vaisseaux maternels... Les franges étant détruites, et le chorion remplacé par les villosités de l'ecto-placenta, la trompe se trouve fatalement très amincie au point de la greffe, en même temps que ses muscles vont s'hypertrophier sur tous les autres points, pour chasser cette greffe qui agit comme corps étranger ». Pilliet, Progrès médical, octobre 1893).

Si la trompe est simplement fissurée, l'hémorragie pourra être peu abondante et s'arrêter bientôt, jusqu'à ce que survienne une nouvelle poussée avec rupture com-

plète et hémorragie soit entre les deux feuillets du ligament large, décollés ; c'est l'*hém-tocèle extra-péritonéale*, soit dans le péritoine, et ici deux cas peuvent se produire ; ou bien des poussées de péritonite antérieure ont provoqué la formation de fausses membranes qui réunissent les organes voisins (intestins, épiploon, mésentère, etc.) de façon à former comme un diaphragme au-dessus de la cavité pelvienne, et alors l'hémorragie s'arrête, on a une *hémato-cèle vraie*. Ou bien ces fausses membranes n'existent pas, la séreuse est saine, et le sang se répand à profusion dans la cavité abdominale, c'est l'*inondation péritonéale*.

a) Si, malgré ces incidents, le fœtus continue à vivre, la grossesse peut atteindre son terme, ce qui est exceptionnel, et à ce moment se produisent les phénomènes du *faux travail* : l'enfant meurt. Plusieurs éventualités sont alors possible, nous ne ferons que les énumérer, ce sont : la transformation du fœtus en *lithopédion* ou sa *momification*, enfin la *putréfaction* du kyste fœtal avec les accidents de septicémie en perspective, ou la *rupture* avec la péritonite suraiguë, ou *son ouverture dans les organes creux voisins* (intestin, vagin, vessie, etc.) ou à l'extérieur à travers la paroi abdominale.

II. *Grossesse ovarique et abdominale*. — Dans la grossesse ovarique la fécondation se fait au niveau d'une vésicule de Graaf rompue. L'ovaire se trouve englobé par le kyste fœtal qui contracte des adhérences avec tous les organes voisins. Il peut subir les mêmes transformations que dans la grossesse tubaire ; mais comme il rencontre

moins d'obstacle à son développement, la rupture est moins fréquente, et elle se fait à un moment plus rapproché du terme.

Quant à la grossesse abdominale, elle succède en général, à la rupture d'une grossesse ovarique ou tubaire, du côté de la cavité péritonéale dans laquelle tombe le fœtus. Habituellement celui-ci succombe aussitôt, mais si le placenta ne se décolle pas, il peut continuer à se développer. Dans ce cas, la grossesse abdominale est dite secondaire. Plus rarement l'œuf se greffe d'emblée dans la cavité abdominale : un processus inflammatoire survient, d'où production de néo-membranes épaisses qui vont contribuer à former la paroi du kyste fœtal, et par leur résistance, le préserver de la rupture. Dans ce cas il n'y a pas de caduque, et la grossesse abdominale est dite primitive.

Chapitre II

Modes de terminaison et pronostic

Dans la grossesse utérine simple, évoluant d'une façon normale, le médecin peut attendre sans anxiété le moment du travail, il n'a qu'à veiller à l'exécution des règles les plus élémentaires de l'hygiène chez la femme gravide. La grossesse ectopique, au contraire, par les multiples dangers qu'elle fait courir à la mère et à l'enfant est pour lui une source de préoccupations continuelles. Un rapide coup d'œil jeté sur ses différents modes de terminaison montrera en même temps la gravité du pronostic et la nécessité d'une thérapeutique active.

Ce qui fait son extrême gravité ce sont les hémorrhagies et la rupture du kyste fœtal avec tous les accidents qui l'accompagnent.

Rarement l'hémorrhagie est unique ; elle disparaît pour revenir peu de temps après, soit dans l'intervalle des périodes menstruelles, soit au moment du flux cataménial ; elle est plus ou moins abondante, et se fait par pous-

sées successives, ainsi que le montre la lecture de la plupart de nos observations, produisant une anémie profonde qui peut être suivie de mort si l'on n'intervient pas. On a cité des cas où deux hémorrhagies survenant à quelques jours d'intervalle avaient suffi pour amener un dénouement fatal.

Le plus souvent, heureusement, la femme échappe à ces hémorrhagies qui ont pour cause la rupture des vaisseaux de la caduque ou les phénomènes de congestion qui se produisent du côté des organes du petit bassin, à l'occasion de toute grossesse et qui atteignent leur maximum au moment des époques menstruelles.

Elles sont infiniment moins graves que celles qui vont survenir dans la suite, consécutivement à la rupture du kyste fœtal.

Il est assez rare, en effet, de voir les parois de l'œuf se distendre pendant longtemps. Sous l'influence de la pression intra-kystique déterminée par l'accroissement progressif du fœtus, elles se déchirent, d'où une nouvelle source d'hémorrhagies dont la gravité varie suivant le point où la rupture s'est faite et suivant qu'elle est complète ou incomplète. Elle est incomplète si la trompe est seule déchirée, les enveloppes de l'œuf restant intactes, dans ce cas la grossesse continue. Elle est complète si les parois de la trompe et de l'œuf sont atteintes en même temps.

Que le sang s'épanche dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il ne tardera pas à se coaguler, et l'hémorrhagie s'arrêtera, on aura une hématoçèle (Obs. XI, XII, XIII,

XIV, XV). La condition la plus favorable à sa production est l'insertion du placenta sur la paroi inférieure de la trompe, au niveau de l'accollement des deux feuillets séreux constituant le ligament large.

Mais si le sang s'échappe par la paroi supérieure du salpinx, l'hémorragie se fait en pleine cavité péritonéale. Un caillot peut se constituer, et la femme échappe au danger immédiat. Mais il n'est pas rare que ce caillot providentiel fasse défaut. L'hémorragie est alors formidable, « cataclysmique » ; le péritoine est brusquement inondé, et si l'intervention n'est pas immédiate, la femme succombe rapidement avec tous les signes d'une anémie aiguë (Obs. XXI, XXII, XXIII).

C'est généralement dans les premières semaines de la grossesse que l'œuf se rompt.

A ce moment il n'est encore formé que de parties liquides qui se résorbent quelquefois avec le secours des seuls moyens médicaux. Mais la femme n'est pas pour cela à l'abri de tout danger ; les poussées de péritonite localisée sont fréquentes, les annexites ne sont pas rares, sans compter le passage possible à la suppuration de ce foyer d'hématocèle (Obs. XVI, XVII, XVIII, XIX, XX). Aussi, le plus souvent, c'est en prévision de ces accidents que se pose la question d'une thérapeutique active, dès que l'hémorragie est arrêtée, et que le foyer s'est enkysté, sans attendre une résorption après tout problématique, ou même avant la rupture, dès le début de la grossesse, de façon à préserver la femme de dangers futurs.

Or le moment de la rupture varie avec le point où s'est greffé l'œuf.

Il est plus ou moins précoce suivant que l'on a affaire à une grossesse interstitielle, tubaire, ovarique ou abdominale. Il est facile de comprendre, en effet, qu'un œuf qui se développe au milieu de la trompe ou dans sa partie utérine rencontre beaucoup plus d'obstacles à son accroissement que s'il se développait en pleine cavité abdominale. Il y a une limite qu'il ne peut atteindre sans se rompre, et à ce point de vue les grossesses interstitielles, et tubaires sont les plus dangereuses, puisque, d'après les chiffres partout cités relevés par Necker pour la première de ces variétés, c'est vers le 3^e mois que se produit cet accident, rarement au 4^e. Sur 19 cas de grossesse interstitielle colligés par cet auteur, 12 fois le kyste s'est rompu au 3^e mois; dans un seul cas le fœtus avait atteint le 5^e mois. *La mort suivit régulièrement*, dans un temps variant de 2 à 26 heures après la rupture.

Puech a réuni 100 observations de grossesse tubaire avec 90 cas de rupture dont 63 étant survenues dans les deux premiers mois. Hecker en a rapporté 45 cas, et Cauvenberghe 43, soit ensemble 88 cas. Or dans plus de la moitié de ces faits (46), la rupture a eu lieu dans les deux premiers mois; 28 fois aux 3^e et 4^e mois, et 6 fois seulement au 9^e. *Tous les cas de rupture relevés par Puech se terminèrent par la mort, à l'exception d'un seul*: la femme mourut accidentellement 4 ans après, et à l'autopsie

on constata les traces de la rupture de la trompe qui contenait encore l'embryon.

- Dans les grossesses de l'ovaire, la rupture a lieu plus tardivement; le plus souvent l'œuf atteint la fin du 3^e mois, exceptionnellement le 8^e ou le 9^e.

Enfin, de toutes les variétés de grossesse extra-utérine, c'est la grossesse abdominale qui dure le plus longtemps, c'est aussi celle qui présente le moins de dangers, sur 132 cas, Hecker trouve 76 guérisons et 56 morts. Dans les 185 cas de Smet, le kyste s'est rompu 51 fois avant le 6^e mois, 33 fois du 6^e au 9^e. Dans le reste des cas, la grossesse a dépassé le terme normal, et 22 fois elle a pu se continuer au-delà de 31 ans. Il va sans dire que dans cette dernière série de faits, le fœtus avait subi différentes transformations; mais on doit cependant en tenir compte puisque, retenu dans l'abdomen, il pouvait encore devenir la cause des plus graves accidents.

On voit, d'après ce qui précède, que la rupture se produit à un moment où le diagnostic de la grossesse ectopique offre les plus grandes difficultés, et malgré tout l'intérêt qu'il y aurait non-seulement à reconnaître la grossesse pathologique, mais aussi à établir sa variété, on ne pourra faire que des hypothèses sur son existence même.

Il suffit, du reste, de parcourir les 24 observations que nous avons réunies pour voir que la femme ne vient demander le secours de la chirurgie que lorsqu'elle présente des accidents aigus, ceux qui accompagnent la rupture presque toujours, à moins qu'il n'y ait en même

temps lésion concomitante des annexes ou de l'utérus, et dans ce cas, on ne cherche même pas s'il y a possibilité de grossesse extra-utérine, on n'y songe pas : la femme souffre dans le ventre, elle perd du sang et dit qu'elle est plus ou moins bien réglée. On écarte alors toute idée de grossesse, et ce n'est qu'au cours de l'intervention qu'on reconnaît la présence de l'œuf en dehors de la cavité utérine (Obs. I, II, III, V). Dans ce cas, il suffit qu'il y ait tumeur douloureuse des annexes pour que l'intervention soit justifiée, et si le plus léger indice fait songer à la possibilité d'une grossesse pathologique, elle s'impose.

Sur ce point, l'accord est fait entre tous les chirurgiens : toute grossesse ectopique diagnostiquée ou même soupçonnée commande l'intervention, et c'est en toute justice, si l'on considère la mortalité considérable des femmes qui ont une grossesse extra-utérine, ainsi que cela ressort des chiffres cités plus haut. Mais où l'on n'est plus d'accord, c'est sur le moment de l'intervention et sur le choix du procédé opératoire. Faut-il attendre la viabilité du fœtus, ou sa mort et sa transformation en lithopédion ? Est-il préférable d'opérer de suite ? et dans ce dernier cas, prendra-t-on la voie vaginale ou la voie abdominale ?

A ce point de vue, il nous semble logique de diviser la grossesse extra-utérine en 2 grandes périodes : avant le 5^e mois, et après le 5^e mois. La première période est plutôt du domaine chirurgical, la seconde du domaine obstétrical. C'est en effet au chirurgien que la femme s'adresse dans les premiers mois, à l'accoucheur dans la suite,

Nous chercherons à résoudre le problème en nous basant sur l'étude des 24 observations relevées dans la pratique de notre maître, M. Tuffier. Sa statistique en effet, est éminemment favorable, puisque, sur 24 interventions, il ne compte que deux décès, et encore sont-ils dûs à des causes accidentelles. Nous verrons que, dans le 1^{er} cas (Obs. IV), la mort est due à une complication (obstruction intestinale); dans le second cas (Obs. XVII), la malade était dans un état de faiblesse tel, que le résultat de l'intervention était bien aléatoire.

Malheureusement, nos observations ne comprennent qu'un seul cas de grossesse ectopique ayant dépassé le 5^e mois. C'est donc presque exclusivement de la conduite à tenir dans la première période de la grossesse que nous nous occuperons.

Chapitre III

1^{re} Période. — Grossesses extra-utérines avant le 5^e mois

Le fœtus n'est pas viable. La femme est sous le coup d'accidents pouvant être rapidement mortels. Elle vient se faire examiner dans des circonstances différentes ; mais, le plus souvent, surtout dans les premières semaines, elle ne se sait pas enceinte.

1^{er} GROUPE. — *Grossesses extra-utérines simples, ou compliquées de lésions annexielles ou utérines, mais sans rupture.*

En même temps que la grossesse ectopique, il y a lésion de l'utérus ou des annexes. La grossesse n'est pas soupçonnée : la femme souffre dans le ventre ou perd du sang, soit au moment de ses règles, soit dans leur inter-

valle. On intervient pour salpingite, dans les observations II et V ; pour un kyste de l'ovaire, dans l'Observation III ; pour un fibrome utérin, dans l'Observation I ; pour de la périméthro-salpingite, dans l'Observation IV.

OBSERVATION I (Service de M. Tuffier)

Fibrome utérin. — Grossesse de l'ovaire. — Laparotomie

Laur... Eugénie, femme de chambre, 40 ans, entrée le 27 octobre 1893.

Ant. pers. — Réglée à 14 ans, pour la première fois, elle le fut toujours très régulièrement. Ses menstrues venaient tous les 25 jours et duraient 6 à 7 jours, elles étaient assez abondantes, mais presque toujours avant leur apparition, la malade avait des douleurs au niveau des reins et dans le bas-ventre, cela surtout depuis 2 ans.

Depuis cette époque, en effet, la malade a remarqué qu'elle se fatiguait au moindre effort, et que sa peau devenait terreuse, jaune, elle maigrit de plus en plus. Elle ressent des douleurs dans les reins et dans le ventre, douleurs qui l'empêchent de se plier en deux ou de se baisser.

Un médecin qui l'a examinée au mois de mars lui a trouvé un fibrome. Depuis ce moment elle s'affaiblit chaque jour davantage, bien qu'elle ait conservé un bon appétit.

Elle a remarqué qu'elle perdait beaucoup au moment de ses époques. Enfin le 27 octobre elle se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. Le col de l'utérus est élevé et difficile à atteindre ; il est dur et refoulé à droite. Dans le cul de sac gauche est une tuméfaction assez dure.

Par le toucher combiné à la palpation abdominale, on voit que cette tuméfaction est due à la présence d'une tumeur qui remonte assez haut dans l'abdomen, environ à 3 travers de doigt de l'ombilic. On peut constater aussi que cette masse ne fait qu'un avec l'utérus, car le col se déplace en sens inverse des mouvements qu'on lui imprime à l'aide de la main qui est appliquée sur la paroi abdominale.

Opération du 4 novembre 1893. — Incision médiane de 15 cent. environ, après anesthésie par l'éther.

On trouve un fibrome de l'utérus que l'on extirpe et l'on remarque que l'épiploon a une teinte légèrement verdâtre. On allait refermer l'abdomen, quand M. Tuffier, en examinant l'ovaire gauche trouva à son niveau une partie liquide fluctuante et noirâtre ; cette poche se crève pendant qu'on essaie de l'enlever et il s'en échappe un liquide noirâtre : ablation de la trompe. On se trouvait en présence d'une grossesse ovarique. *Le kyste est extirpé et le péritoine lavé*, puis on referme la paroi abdominale. On laisse une mèche de gaze iodoformée. Pansement sec.

5 nov. — La malade a vomi hier et ce matin. Elle n'accuse que des douleurs légères dans le ventre.

6 nov. — Même état.

7 nov. — Un peu de congestion pulmonaire. Ventouses, caféine, champagne. Le lendemain la malade va beaucoup mieux et ne ressent plus rien dans le ventre.

13 nov. — On refait le pansement après avoir enlevé les fils.

20 nov. — La malade se lève pour la première fois. Etat général excellent.

1^{er} décembre. — La plaie abdominale est presque complètement cicatrisée. La malade sort le 10, guérie : elle va au Vénisinet.

Rien ne pouvait donc faire prévoir l'existence d'une grossesse extra-utérine. Ce n'est qu'après l'ablation du fibrome qu'on trouve le kyste fœtal, qui se rompt. La trompe est enlevée, et le péritoine lavé. Guérison sans accidents en 30 jours.

OBSERVATION II (Service de M. Tuffier)

Grossesse tubaire droite et salpingite gauche. — Hystérectomie abdominale totale.

Lan.. Maria, 29 ans, ménagère, entre le 7 octobre 1899, salle Elisa Roy, à Lariboisière.

Réglée à 17 ans, régulièrement, abondamment et sans douleurs.

A 24 ans premier enfant ; grossesse et accouchement normaux.

A 27 ans, fausse couche de 6 semaines, à la suite de laquelle la malade perdit du sang assez abondamment pendant 16 jours.

A 28 ans, nouvelle fausse couche de 3 mois. Pas d'accident.

A 29 ans, au mois de septembre de cette année, les règles arrivèrent à la date ordinaire, mais la malade perdit pendant un mois. Quinze jours après l'apparition de ces pertes, elle commença à ressentir des douleurs survenant par crises, surtout la nuit, s'irradiant dans les cuisses et dans les reins, et exaspérées par les efforts de miction et de défécation.

Actuellement les hémorragies ont cessé et la malade souffre beaucoup moins. Le 24 octobre les pertes de sang sont revenues, mais à la date ordinaire des règles.

Examen physique. — Col dur, fendu transversalement, petit. Corps de l'utérus immobile transversalement, mobile d'avant en arrière. En arrière de l'utérus est une masse séparée de l'organe par un sillon profond. Cette masse est dure ; elle s'étend également à droite et à gauche et remonte dans l'abdomen jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'ensemble de la masse est bien mobile d'avant en arrière.

2 novembre. *Opération.* — Incision de 10 centim. A l'ouverture du ventre on trouve une masse noire faisant penser à une grossesse extra-utérine. Cette grossesse siège dans la trompe droite et a le volume d'un poing et demi, elle remplit le cul-de-sac de Douglas. On enlève la poche, la trompe et l'ovaire. A gauche on trouve une salpingite avec adhérences, on enlève l'ovaire et la trompe, puis l'utérus.

Suture en un seul plan. Drainage vaginal.

3 novembre. — Température matin 37°4. Poids 120. Urines assez abondantes, troubles. Etat général bon. Sérum.

8 novembre. — Temp. le matin 37° ; la veille au soir 38°2. On change les mèches vaginales.

Le 11 on enlève les fils. Le lendemain la malade est examinée au spéculum, on enlève les mèches. Injections chaudes. Les

jours suivants, écoulement blanchâtre qui diminue et disparaît rapidement grâce aux injections quotidiennes.

Le 19 tout écoulement est tari : la malade va très bien. Elle se lève le 21 et sort guérie le 24.

Donc, hémorragie utérine durant depuis un mois. Pas de signe de gravidité. Le diagnostic de salpingite s'imposait. On incise la paroi abdominale, et l'on découvre dans la trompe droite, du côté opposé à la salpingite, une poche fœtale. L'utérus et les annexes enlevés la femme guérit sans accidents en sept semaines.

OBSERVATION III (Service de M. Tuffler)

Kyste de l'ovaire droit. — Grossesse extra-utérine tubaire droite. — Hématocèle rétro-utérine. — Castration double

Desch..., Eugénie, 30 ans, blanchisseuse, entre le 2 décembre 1891, salle Huguier, lit n° 14 bis.

Ant. héréd. — Père mort à 64 ans d'une fluxion de poitrine. Mère bien portante.

Ant. pers. — A cinq ans, de la gourme à la tête. A 6 ans, petite vérole. Réglée à 11 ans 1/2. Depuis, toujours bien portante et bien réglée.

Mariée à 22 ans. Dix mois après, 1^{er} accouchement à terme, sans incident. Quinze jours après, elle eut une forte hémor-

ragie sans aucune conséquence. Depuis ce moment, sa santé fut parfaite.

A la fin de novembre 1889, elle fut prise de douleurs atroces dans le ventre, à la suite de fatigues prolongées. Le médecin consulté fit faire des injections. La guérison était complète au bout de huit jours.

Un an après, on lui enleva, à l'hôpital Broussais, un polype du nez. Le lendemain de l'opération, elle était reprise à nouveau de douleurs dans le ventre, avec irradiations dans l'aîne droite. Le médecin qu'elle vit lui dit alors qu'elle avait une métrite ; il lui tamponna le vagin avec de la gaze glycinée et iodoformée et lui conseilla de faire des injections chaudes matin et soir. Les choses se passèrent comme cela jusqu'à la fin de novembre 1891, époque à laquelle la malade vit ses douleurs abdominales se reproduire à nouveau. Puis lorsqu'elles disparurent, elle fut pendant deux mois sans voir ses règles. Au bout de ce temps, et pendant cinq semaines consécutives, elle perdit une grande quantité de sang mêlé de caillots. Son médecin lui dit alors qu'elle avait fait une fausse couche ; il lui ordonna des injections chaudes et des bains de siège, et, comme elle avait, disait-il, les annexes malades, il lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Le 2 décembre, elle se présenta dans le service de M. Th. Anger.

Etat actuel. — Douleurs spontanées dans le flanc droit, toute la région est très sensible à la pression, et le palper indique un peu d'empatement au niveau de la fosse iliaque du même côté droit.

Par le toucher vaginal, on sent que le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur sont remplis par une masse qui efface presque tout le col. Le col est dur, l'utérus peu mobile.

Au toucher rectal, on trouve une tumeur qui bombe dans le rectum en repoussant sa paroi antérieure.

Opération le 9 décembre. — Laparotomie médiane. Libération des adhérences. On retire quelques caillots de sang et un peu de liquide sanguinolent. Du côté droit, kyste à l'extrémité de la trompe, ablation des annexes de ce côté. Dans la trompe, de ce côté, on trouve une petite poche contenant un caillot de la grosseur d'un petit œuf de poule.

Adhérences solides du côté gauche ; libération, ligature au niveau de la corne utérine et ablation.

Le cul-de-sac de Douglas était rempli de caillots abondants. Il est vidé et nettoyé avec des éponges.

Sutures à 4 étages comme d'habitude, après toilette de la cavité péritonéale.

Aucune complication post-opératoire à noter. Pas de température. Cicatrice parfaite. La malade guérie complètement sort le 29 décembre.

Ici la grossesse ectopique était probable : la malade a été pendant deux mois sans voir ses règles, puis elle s'est mise à perdre du sang mêlé de caillots. Elle a eu des phénomènes de rupture. La laparotomie était bien indiquée : elle fait découvrir dans la trompe droite un œuf qui est enlevé, et des caillots dans le cul-de-sac postérieur. Guérison sans accidents en 20 jours.

OBSERVATION IV (Service de M. Tuffier),

Grossesse tubaire droite. — Périméthro-salpingite. — Hystérectomie totale. — Obstruction intestinale. — Laparotomie. — Mort.

M^{me} Claire Gal..., 34 ans, entre le 18 novembre 1895 à l'hôpital.

Ant. Pers. — Rougeole. Fièvres intermittentes il y a 45 ans. Réglée à 17 ans, bien réglée.

Premier accouchement à 24 ans. Pertes blanches depuis cette époque, ayant été en augmentant durant ces 3 dernières années.

Deuxième accouchement à 25 ans, puis un troisième un peu plus tard.

C'est surtout à partir de cet accouchement qu'elle a souffert, bien que ses premières douleurs remontent à une dizaine d'années. Dans l'intervalle de ses menstrues qui viennent toutes les 3 semaines, elle a des pertes blanches abondantes. Mais au moment de ses règles, la malade ressent de violentes douleurs dans le ventre, et perd du sang avec une telle abondance qu'on a été obligé de lui faire, pendant longtemps, des injections sous-cutanées d'ergotine. Ces douleurs siègent dans le bas-ventre du côté gauche surtout, et s'irradient vers la cuisse et les reins. Elles sont plus intenses depuis huit jours. Pas de troubles de la miction.

Au toucher on trouve un col gros et mou.

L'utérus, peu mobile, est gros.

Dans les culs de sac latéraux il y a un peu d'empâtement. Douleur très vive au niveau du cul de sac latéral gauche.

Examen au spéculum : Col gros ; légère ulcération au niveau du col. L'utérus mesure 7 centim. $1\frac{1}{2}$.

Opération le 20 novembre : Hystérectomie totale par la voie vaginale.

La malade est rasée, le vagin lavé, brossé à l'alcool et au sublimé. Le col est attiré en bas par une pince. Incision circulaire au niveau du col, avec une incision latérale sur chaque côté. Ouverture du cul de sac antérieur ; un écarteur protège la vessie. Ouverture du cul de sac postérieur, un écarteur est mis dans le cul de sac. Une pince à mors court est placée sur la base de chaque ligament, aussi près que possible de l'utérus. Section médiane, bascule de l'utérus. Deux pinces sont placées sur l'extrémité supérieure de chaque ligament. Les ovaires et les trompes sont enlevés. A la fin de l'opération il y a un léger écoulement sanguin, ce qui tient à ce que les mors des pinces ne dépassent pas toute la hauteur du ligament. Deux mèches de gaze iodoformée sont placées dans la plaie, dépassant le niveau des pinces (6). Autour des pinces on place de la gaze iodoformée protégeant les parois du vagin de leur contact. Sonde de Pezzer dans la vessie. La partie de la sonde qui sort de la vulve est entourée de gaze. Pansement protecteur externe.

Examen des pièces : L'utérus est gros, sa cavité mesure 7 centim. 5 et présente une muqueuse épaisse et fongueuse. Au niveau de la partie latérale droite on trouve, au niveau de l'embouchure de la trompe, une petite masse de la grosseur d'une noix, on l'ouvre et on la voit pleine de sang noir.

Les trompes paraissent un peu enflammées. Les ovaires

sont sains, Dans l'ovaire droit on trouve de petits kystes de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois. Les pièces sont envoyées à M. Pilliet pour l'examen histologique.

Suites opératoires. — 21 novembre. La malade va bien. Injection de sérum et de caféine. Temp. 37°2. Pouls 70. Quelques douleurs. La malade a uriné dans son pansement.

22 nov. — On enlève les pinces et la sonde. Lavement glycéro-cériné. Temp. le soir 38. Pouls 80.

23 nov. — Temp. m. 37°, s. 38°8. Pouls m, 80, s. 88. Lavement.

24 nov. — On enlève les mèches. Temp. 37°. Pouls 100.

25 nov. -- Purgation d'huile de ricin que la malade vomit. Temp. 37. Pouls 90.

26 nov, — Légères ulcérations au niveau de la fourchette. Escharre grisâtre au fond du vagin. Lavement.

L'état se continue excellent, sans température.

Douleurs, élévation du pouls, jusqu'au 3 décembre.

4 décembre. — La malade se plaint de douleurs très vives au niveau de l'estomac ; elle a des vomissements dès qu'elle absorbe quelque chose, elle a cependant été à la selle aujourd'hui. Piqûre de morphine le soir. Application de compresses chaudes et laudanisées sur le ventre, Températ. 37°.

5 décembre. — Ce matin la malade a encore vomi, les douleurs continuent. Temp. 37. Le pouls est bon et peu fréquent, 90. Les vomissements sont noirâtres. Le toucher ne révèle rien. Glace, boissons glacées, morphine, potion de Rivière. Le soir elle souffre encore, la douleur est localisée un peu au-dessous du creux épigastrique, dans la région de l'estomac. Vomissements dans la nuit ; 2 piqûres de morphine.

6 décembre. — La malade va mieux, elle souffre moins, mais elle vomit toujours. Potion de Rivière, morphine, etc.

7 décembre. — Vomissements très abondants, crises douloureuses très violentes. Morphine en injection sous-cutanée, 8 gouttes de laudanum à l'intérieur, lavement purgatif.

La malade étant très faible, on la transporte dans une chambre seule. Temp. 36°8, pouls 92.

8 décembre. — Temp. 37°2. Pouls 96. Nuit très agitée.

10 décembre. — La malade est restée 24 heures sans dormir. Elle ne va toujours pas à la selle, malgré les lavements purgatifs. Le ventre n'est cependant pas très tendu. Un peu de météorisme. Pas d'hyperesthésie. Glace sur le ventre. Temp. 37. Pouls 120.

12 décembre. — Reprise des vomissements et des crises douloureuses. Les vomissements sont noirs et fétides. Temp. 36°6. Pouls 114.

13 décembre. — L'état grave se continuant, M. Tuffier pratique une deuxième opération.

Laparatomie sur la ligne médiane. Incision de 12 centim. au-dessus du pubis. On trouve les anses intestinales très distendues. Pas de traces d'épanchement, ni de rougeurs du péritoine. Adhérence au niveau de la cicatrice : on trouve une bride allant de l'épiploon à la partie latérale antérieure et profonde de la fosse iliaque droite, cause probable de l'accident, et du volume d'un porte-plume ; incision de cette bride et circulation dans l'intestin immédiate. Pas de trace de gangrène de l'intestin. Suture des parois ; on laisse une mèche. Pansement. — La malade est reportée dans son lit et très difficile à réchauffer. On lui injecte 150 gr. de sérum, 4 piqûres de caféine et d'éther. Temp. 36°6, pouls 140. La malade a toute sa connaissance. Encore des vomissements ; peu de douleur cependant,

14 décembre. — Temp. 40°2 le matin, 41°6 le soir. Piqûres de caféine et d'éther. Pouls incomptable. Mort à minuit.

Dans cette observation, on voit que ce sont des métrorrhagies qui décident la femme à consulter. Un seul indice de grossesse, mais combien fragile ! c'est la grosseur et la mollesse du col utérin. Il est vrai que l'utérus est gros, qu'il est vide, et que sa cavité mesure 7 centimètres 1/2. Mais avec cela on a tous les signes de la métrite et de la périmétrite. Evidemment, on aurait pu songer à une grossesse extra-utérine ; mais le diagnostic de péri-méthro-salpingite était bien plus probable, et M. Tuffier intervenant par la voie vaginale trouve un œuf dans la trompe droite. La malade fait de l'obstruction intestinale par bride épiploïque, et en meurt 20 jours après son hystérectomie, le lendemain d'une laparatomie peut être un peu tardive.

Ces accidents n'auraient-ils pas été évités, si l'incision de la paroi abdominale eût été faite dès le début ?

La grossesse était encore probable, dans l'observation suivante (Obs. V) : il y a eu un premier retard des règles en décembre ; elles manquent complètement en janvier. Puis la femme se met à perdre du sang ; avec cela, elle a présenté des signes de rupture, et l'on trouve une tumeur pelvienne. L'intervention confirme le diagnostic : sang dans la cavité abdominale, indiquant la rupture ; poche fœtale dans la trompe gauche, et en outre salpingite du côté opposé. L'ablation bilatérale des annexes s'imposait.

OBSERVATION V (Service de M. Tuffier)

*Grossesse extra-utérine tubaire double et salpingite
suppurée. — Hystérectomie abdominale*

Dastr.... Marguerite, 23 ans, cuisinière, entre le 15 février 1900 à Lariboisière, salle Elisa Roy.

Elle n'a jamais été malade. Elle entre à l'hôpital parce qu'elle a des pertes et qu'elle souffre dans le ventre, surtout du côté gauche.

Réglée à 16 ans, assez régulièrement. Durée des règles, 8 jours, indolores.

Accouchement il y a 2 ans, laborieux. Enfant nourri au sein jusqu'à l'âge de 9 mois. Les règles sont revenues normales, comme auparavant, un mois après qu'elle a cessé de nourrir. Les suites de couches ont été normales.

Il y a environ 3 semaines, la malade a ressenti brusquement des douleurs dans le ventre, et depuis ce moment elle perd tantôt en rouge, tantôt en blanc. Ces douleurs surviennent par crises et ne se calment que par le repos au lit; elles s'irradient dans la région lombaire, s'exagèrent pendant la marche et la miction, mais surtout pendant les efforts de défécation.

Dernières règles le 31 décembre, en retard de quelques jours; elles n'ont pas été douloureuses et n'ont rien présenté d'anormal. Mais elles ont manqué en janvier, et ne sont revenues que le 9 février. Depuis ce moment, la malade n'a pas cessé de perdre et de souffrir dans le ventre.

Toucher : Col très abaissé, largement fendu transversale-

ment, très déchiré, à droite et à gauche. Cul de sac droit libre, culs de sac postérieur et latéral gauche occupés par une grosse masse qui immobilise l'utérus, s'étend dans la fosse iliaque gauche, et remonte jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'utérus est repoussé à droite, et semble bilobé en arrière.

Opération le 24 février. — Ether. Position de Trendelenburg. On trouve dans l'abdomen du sang couleur sépia. Le fond de l'utérus est adhérent aux anses intestinales et à deux masses situées de chaque côté de lui. On isole la masse droite et on ouvre une poche remplie de caillots, occupant le cul de sac de Douglas ; les caillots et le sang ont une odeur fétide ; on extirpe la poche, qui est constituée par une salpingite suppurée contenant du pus phlegmoneux. Extirpation facile.

A gauche, adhérence de tout le salpinx à l'intestin, au Douglas et à l'utérus. La poche est isolée et enlevée, elle contient des caillots, la trompe et l'ovaire gauches. Enucléation difficile.

L'utérus qui est maintenant libre est enlevé à son tour. Angiotripsie de l'utérine droite et du pédicule supérieur gauche ; le reste est lié au tendon de renne. 1000 gr. de sérum, Mickulicz.

25 fév. — La malade est assez bien. Pas de température ; mais le pouls est à 120°. Elle se plaint d'une brisure générale. On change la mèche superficielle qui est imbibée de sang, et on laisse le Mickulicz.

28 fév. — On enlève le Mickulicz : on retire de nombreux caillots de sang et une mèche laissée à la partie supérieure de la plaie. On remet une nouvelle mèche. Bon état.

Le 28 fév. la malade va bien ; on enlève les mèches vaginales et on fait un petit lavage. Il se forme un dôme vaginal assez

bien constitué ; nouvelles mèches. La malade peut être considérée dès maintenant comme guérie.

Dans l'observation VI, le diagnostic est des plus hésitants, il n'y en a même pas, et l'on songe à tout excepté à une grossesse extra-utérine. Mais il y a tumeur abdominale, et cela suffit pour que la laparotomie soit indiquée. On remarquera que le placenta fut laissé en place ; et la poche suturée aux parois abdominales.

OBSERVATION VI (Service de M. Tuffier)

Grossesse extra-utérine abdominale. — Fœtus de 5 mois, mort. — Laparatomie.

L'observation n'a pas été prise dans le détail.

Il s'agit d'une grossesse extra-utérine abdominale ayant donné lieu à une erreur de diagnostic. On avait pensé à un rein mobile, ou à une hydronéphrose, ou à une vésicule biliaire distendue.

M. Tuffier intervint par la laparatomie le 15 mai 1894, à la maison de santé de la rue Bizet.

Il trouva un fœtus de 5 mois macéré et momifié, situé sous le foie.

Le placenta fut laissé en place, après marsupialisation de la poche. La femme guérit.

En résumé, dans cette première série d'observations, deux fois seulement la grossesse ectopique fut soupçonnée. On est intervenu par la laparatomie, et la guérison fut rapide.

Dans les autres cas, rien ne faisait prévoir la gravité et une intervention par la voie vaginale fut suivie de mort accidentelle.

II^e GROUPE. — *Grossesses extra-utérines rompues, avec hémorragie non enkystée, s'étant arrêtée d'elle-même.*

Dans tous les cas, ce sont pour des douleurs abdominales aiguës récentes, durant depuis deux à vingt jours, que les malades sont venues consulter.

Deux fois le diagnostic n'a pas été fait : on avait pensé à une appendicite (Obs. VIII et IX).

A chaque fois l'on est intervenu par la laparatomie : on a trouvé du sang et des caillots dans le péritoine. La trompe rompue a été enlevée. La guérison est survenue rapidement, sans complication, en 22 jours (obs. IX), en 24 jours (obs. X), en 28 jours (obs. VII). La date de sortie de la malade n'est pas indiquée dans l'observation VIII.

La malade qui fait le sujet de l'observation VII a présenté le phénomène du faux travail.

OBSERVATION VII (Service de M. Tuffier)

Grossesse extra-utérine tubaire droite. — Ablation des annexes droites. — Laparatomie.

Eugénie Chen... 28 ans, porteuse de pain, entre le 21 décembre à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy.

Premières règles à 11 ans 1/2, toujours régulières, et très abondantes, durant une dizaine de jours les premières années. Actuellement elles ne durent plus que 5 à 6 jours. A chaque période cataméniale la malade souffre dans les reins, avec irradiations de tous côtés.

Cinq grossesses : la première au mois de juin 1888, la dernière en juillet 1894 ; toutes sont venues à terme et se sont terminées sans accidents.

Le 29 octobre la malade ressentit brusquement une douleur très vive dans le flanc droit. Elle dut cesser ses occupations, il lui était impossible de se tenir debout et de marcher, en outre elle perdait du sang. Elle se mit au lit et son écoulement sanguin diminua.

Le 31 octobre elle dit avoir perdu des glaires épaisses, blanchâtres et mêlées de sang. Ses pertes étaient accompagnées de douleurs violentes analogues à celles du travail.

La malade souffre davantage depuis quelques jours. Elle est réglée comme à l'ordinaire.

Toucher. — Col abaissé, gros, ouvert ; lèvre antérieure proéminente. En arrière du col est une grosse masse arrondie

régulièrement, et descendant presque aussi bas que le col. Elle est immobile, et remonte dans l'abdomen jusqu'à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Rien dans les culs-de-sac latéraux.

Diagnostic. — Hématocèle. Grossesse extra-utérine rompue.

Opération le 28 décembre. — Incision sur la ligne médiane. On tombe sur une masse énorme entourée de fausses membranes et occupant la partie droite de l'abdomen.

On décolle les adhérences en enlevant de petits kystes en grains de raisin. La masse descend dans le cul-de-sac de Douglas. On l'extirpe en entier sans la crever. Ablation des annexes droites. Ligature au catgut. Sutures en un seul plan. Mickulicz.

29 décembre. — La malade va bien. Le poulx est bon, la température normale. On change la mèche qui draine.

30 décembre. — On refait le pansement. Pas de fièvre. Le lendemain, 31, on enlève la mèche.

Le 2 janvier, la malade est gaie ; le poulx est à 80. Urines abondantes. Le 15 elle va très bien, et sort guérie le 21.

OBSERVATION VIII (Service de M. Tuffier)

Grossesse extra-utérine tubaire droite rompue *Laparotomie*

Vinc..., femme Mill..., 40 ans, entre à l'hôpital le 12 mai 1893.

Ant. pers. — Elle a toujours été bien portante. A eu 7 enfants sans aucun trouble génital. Règles toujours normales.

Ce n'est seulement qu'à la suite de sa dernière couche, il y a 4 ans, que la malade a commencé à souffrir du ventre. Mais ces douleurs étaient peu intenses, et la malade n'avait ni pertes, ni aucun autre trouble.

Le 40 mai 1893, brusquement, elle fut prise, en dehors de ses règles, de violentes douleurs abdominales. Le ventre devint gros, la malade eut des vomissements et de la fièvre. Elle se met alors au lit, et deux jours après elle se fait transporter à l'hôpital.

Examen. — On constate l'existence d'une masse dure, régulière, située dans la fosse iliaque droite, et donnant par son siège, par sa forme allongée, par la légère sonorité qu'elle présente, l'impression d'une appendicite. Cette masse en effet s'allonge dans la fosse iliaque. Elle est nettement profonde et douloureuse. Elle est fixée dans la fosse iliaque.

Peu accessible par le toucher vaginal, elle est indépendante des mouvements de l'utérus.

Le diagnostic d'appendicite paraît d'autant plus probable que l'apparition de la tumeur s'accompagne de constipation suivie de diarrhée, et d'un état gastro-intestinal.

La malade est encore à une phase aiguë de sa maladie. Elle a un peu de fièvre (38°) et le ventre est légèrement douloureux. Pas de crépitation parcheminée au niveau de la tumeur.

Opération le 13 mai. — Incision classique de l'appendicite. On tombe sur une masse rouge, un peu scléreuse, bien limitée, qu'on fait sortir à l'extérieur. Elle est absolument indépendante de l'utérus, et son pédicule s'insère sur les annexes. La masse ressemble entièrement à un placenta, et son volume est presque celui d'un placenta à terme.

L'examen macroscopique de la pièce montre qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine.

Suites opératoires. — Les jours suivants, la malade présente toujours un état gastrique. Elle a de la diarrhée fétide. Une phlegmatia alba dolens survient du côté gauche, d'abord, ensuite du côté droit. Puis elle fait un petit abcès du côté de sa plaie. Tous ces accidents s'accompagnent d'une certaine élévation de température. Le thermomètre oscille entre 38° et 38° 5.

L'antisepsie locale et l'antisepsie intestinale arrivent enfin à bout de ces accidents, et la malade quitte l'hôpital entièrement guérie.

OBSERVATION IX (Service de M. Tuffier)

Grossesse extra-utérine droite rompue. — Laparatomie

Mad. Piet..., 32 ans, aubergiste.

Ant. Pers. — Vers l'âge de 4 ans, la malade a été brûlée sur une grande partie du corps. Elle a été réglée à l'âge de 17 ans. Elle est devenue 3 fois enceinte.

Première grossesse terminée par un accouchement à 8 mois, en 1888, il y a 10 ans ; l'enfant est mort au bout d'un mois.

La 2^e grossesse date de 1892 ; enfant vivant.

En 1894, fausse-couche de 6 semaines. La malade ayant présenté ensuite des symptômes de métrite hémorragique, on lui a fait un curettage à l'hôpital Beaujon, 2 mois après sa fausse-couche. Les hémorragies cessèrent.

L'hiver dernier, la malade a été prise de douleurs abdomi-

nales siégeant du côté droit, et de métrorrhagies. Elle avait une fièvre intense. Ces phénomènes ont duré dix jours ; durant ce temps elle resta au lit et on lui appliqua des cataplasmes sur le ventre.

Depuis 3 mois, les règles sont moins abondantes, en outre, ça n'est plus du sang pur, mais un écoulement rougeâtre. Un médecin a dit à la malade qu'elle était enceinte.

Mercredi matin, 6 juillet, cette femme fut prise, à son réveil, d'une douleur vive, siégeant dans le côté droit. Bientôt apparurent des vomissements verdâtres, et une perte de sang abondante qui a persisté depuis. Ces accidents se sont produits huit jours après la fin des dernières règles.

Actuellement la malade accuse de la fièvre ; sa température est de 37°9. Elle est dans un abattement profond. La constipation est opiniâtre.

A l'inspection : facies anémié, peau blanchâtre, cireuse. Le ventre est ballonné.

La palpation fait sentir, au-dessus du pubis, qu'elle déborde de 5 à 6 centim., une masse dure, du volume du poing, s'étendant davantage à droite qu'à gauche, et douloureuse. On pense à un foyer d'appendicite.

Au toucher on trouve que le col est ramolli, et légèrement ramené en avant. Le cul-de-sac postérieur est plein. Le corps de l'utérus paraît séparable, par la palpation bimanuelle du reste de la masse qui est située derrière lui. Le cul-de-sac latéral droit est rempli, le gauche est libre.

Opération le 16 juillet. — Laparatomie sus-pubienne médiane. Plan incliné. Avant l'incision du péritoine, on remarque une infiltration noirâtre de la séreuse. A l'ouverture du péritoine il s'écoule du sang noirâtre et des caillots en grande quan-

tité, de couleur sépia. On aperçoit de suite, dans la fosse iliaque droite, la trompe énormément distendue, grosse comme une mandarine à forme allongée, noirâtre, et au-dessous d'elle, une sorte de gâteau brun rougeâtre sur lequel la trompe repose. Ce gâteau est formé d'adhérences et de caillots. Le grand épiploon que l'on a récliné légèrement, formait le plafond de la poche. Il est couvert de taches ecchymotiques. Quelques ligatures sont mises sur les artères qui saignent. La trompe est saisie entre deux pinces, une de chaque côté, que l'on remplace de suite par une ligature en masse à la soie. L'abdomen est alors nettoyé consciencieusement avec des tampons secs, débarrassé des caillots qu'il contient. Toilette du cul-de-sac de Douglas. Tamponnement avec deux mèches de gaze sèche et drain métallique.

Suites opératoires. — 17 juillet : Suintement léger, changement de compresses.

18 juillet. — Ablation du drain métallique et des mèches. Suintement. On remet un drain en caoutchouc, ne pouvant plus enfoncer le drain métallique.

19 juillet. — La malade a bien dormi. Temp. 36°6. On refait le pansement. On donne une purgation.

20 juillet. — La malade est mieux, ne ressent presque plus de douleurs, ne lousse pas. Température 37°, pouls 104 ; elle ne mange pas encore avec appétit.

21 juillet. — La malade va tout à fait bien, ne souffre plus du tout. On refait le pansement. Températ. 36°6. Pouls 96. L'appétit est revenu.

22 juillet. — Va bien, rien de particulier à noter.

24 juillet. — On resserre le bandage de corps après avoir enlevé les fils.

7 août. — La malade est totalement guérie et sort de l'hôpital.

OBSERVATION X (Service de M. Tuffier)

*Grossesse extra-utérine tubaire gauche rompue
dans l'abdomen. — Laparatomie.*

Blanche Rhétel, 28 ans, ménagère, entre le 4 mars 1899, salle Elisa Roy à Lariboisière, parce qu'elle perd du sang et qu'elle souffre dans le flanc gauche.

Réglée à 16 ans, irrégulièrement, et toujours en avance. Durée des menstrues 7 à 8 jours ; à 18 ans fausse couche de 5 mois 1/2 provoquée par une chute. Pas de grossesse depuis cette époque.

Fièvre typhoïde à 19 ans.

Il y a 40 jours, à la suite de ses règles, la malade a commencé à perdre du sang clair, cela surtout pendant la nuit. Pas de caillots. A ce moment elle ne souffrait pas dans le ventre ; elle urinait sans douleur. Mais elle a eu des nausées et des vomissements. Appétit conservé. L'état général était bon.

Depuis cette époque, elle a toujours perdu en rouge très clair, sans souffrir. Depuis 20 jours ces pertes l'ont obligée à garder le lit. Le 4 mars pour la première fois, elle éprouve de violentes douleurs dans la région hypogastrique et ne peut continuer à faire les légers travaux auxquels elle se livrait. Le lendemain 5 mars ses pertes s'arrêtent, mais elles reviennent le surlendemain.

On l'examine le 4 avril. Elle n'accuse aucune douleur, le ventre est souple et se laisse bien palper. Malgré cela on ne dé-

couvre rien d'anormal à la palpation. Le ventre n'est pas ballonné, la malade va à la selle et urine sans douleur.

Toucher. — Col mou, en position normale. L'utérus ne semble pas augmenté de volume. Dans le cul-de-sac latéral gauche on sent une masse indolore, dure, de la grosseur d'une mandarine.

Opération le 13 avril. — Laparatomie. Incision de 10 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. On arrive sur le péritoine qui est noir. On l'incise et il s'écoule environ un verre de sang couleur sépia. La trompe gauche est isolée ; elle est très peu adhérente à l'intestin, mais elle adhère fortement aux parois du petit bassin. Incision de la corne utérine et des vaisseaux du ligament large ; alors M. Tuffier décolle du plancher pelvien une grossesse extra-utérine sans ouvrir le kyste.

La pièce est confiée à M. Couvelaire.

Suture à la soie des deux pédicules et de la paroi abdominale.

14 avril. — Temp. 37. Pouls régulier, bien frappé, à 90. On enlève la mèche et on fait le pansement sans la remplacer ; il n'y a pas eu d'écoulement sanguin. Le ventre est souple et indolore.

17. — Etat général bon ; langue légèrement saburrale. La malade a de l'appétit. Pouls régulier à 80. Temp. 36°8.

24. — On enlève les fils. La plaie a très bon aspect. Le pansement est à peine souillé. Le ventre n'est ni ballonné ni douloureux. La malade va bien à la selle et urine bien. Temp. 37° ; pouls 80. Elle se lève pour la première fois le 27 avril et sort guérie le 9 mai 1899.

III^e GROUPE

Nous appuyant sur ce fait que l'hématocèle rétro-utérine succède, dans 99 pour 100 des cas, à la rupture d'une grossesse ectopique, tubaire le plus souvent, ainsi que l'avait pressenti Gaillard l'un des premiers et que l'a nettement démontré Cestan (Thèse de Paris, 1894), après beaucoup d'autres, du reste, et ainsi que l'admettent aujourd'hui la plupart des auteurs, nous avons réuni dans ce troisième groupe, dix observations de grossesses extra-utérines rompues avec collection enkystée dans le Douglas.

Dans une première série de faits se trouvent 5 cas d'hématocèles simples, non suppurées. Toutes ces femmes avaient un passé génital : fausses couches répétées (Observ. XI), suites de couches septiques (Observ. XII et XIII), ou bien les deux à la fois (Observ. XIV).

La colpotomie a été faite constamment, et chaque fois la guérison est survenue avec rapidité.

A noter que, dans l'Observation XIII, l'examen ayant fait reconnaître une salpingite, on intervint d'abord par la voie abdominale, mais devant la résistance de nombreuses adhérences, on fut obligé de fermer le ventre et d'inciser le cul-de-sac postérieur.

OBSERVATION XI (Service de M. Tuffier)

Hématocèle rétro-utérine. — Colpotomie.

Céline Brun... , 40 ans, ménagère, entre le 26 juillet 1897.

Ant. héréd. — Sa mère est morte d'un cancer de l'estomac.
Son père à la suite d'un accident.

Ant. pers. — Ne se souvient pas d'avoir fait de maladies dans sa jeunesse, sauf une fièvre muqueuse à 3 ans.

Réglée à 12 ans $4/2$ régulièrement.

Un premier accouchement à 17 ans, normal ; un deuxième à 19, normal aussi.

A 24 ans cette femme fait une première fausse couche de 4 mois $1/2$ (2 jumeaux, garçons). A la suite de cet accident survinrent des hémorragies abondantes qui durèrent 5 jours, et se reproduisaient chaque jour vers les 3 heures. L'arrière-faix ne tomba que le 5^e jour après le début de ces hémorragies. Tout cela se passa sans que la malade ne fasse venir de médecin.

Deux mois après ces accidents se produisit une seconde fausse couche suivie de pertes de sang, comme la première, mais en quantité moindre. En outre la malade se plaignit à ce moment d'un point de côté à droite et de toux.

Enfin un certain temps après elle fit une 3^e fausse couche de 6 semaines.

A 28 ans, elle eut un 3^e accouchement douloureux et laborieux.

Elle se marie à 33 ans et la même année contracte l'influenza.

Elle eut alors une 4^e grossesse. L'accouchement fut long, mais se produisit sans accident.

Il y a un an, 4^e fausse couche de six semaines.

Pour la première fois après son deuxième accouchement, la malade eut des pertes blanches qui durèrent d'une façon intermittente jusqu'à aujourd'hui.

Vers le 4 ou 5 juillet, la malade ressentit, en travaillant, une douleur extrêmement intense et subite, dans tout le ventre, avec production de phénomènes lipothymiques. Elle perdit connaissance et on la coucha. Le ventre était gonflé, dur (la malade n'avait pas eu de selle depuis 10 jours) et douloureux spontanément.

La veille de ces accidents, la malade avait eu des vomissements qui se reproduisirent aussi le lendemain.

Les douleurs s'irradiaient dans les cuisses, jusqu'aux jambes et aux pieds, dans les lombes et la région anale.

On appliqua un vésicatoire, et le médecin appelé diagnostiqua une poche sanguine. Il engagea la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel : Ventre gonflé, douloureux à la pression surtout.

Toucher vaginal : Cul de sac antérieur comblé. Le col de l'utérus est plaqué derrière la symphyse pubienne. L'utérus est en antéversion, peu mobile, un peu douloureux. Dans le cul de sac postérieur se trouve une masse énorme qui le remplit entièrement et vient faire saillie très nette à ce niveau. Cette tuméfaction se prolonge de chaque côté dans les culs de sac latéraux. La pression du cul de sac postérieur est très douloureuse.

Toucher rectal. — Le toucher rectal permet de s'assurer que la tuméfaction remonte très haut derrière l'utérus.

Il a été impossible de reconnaître chez cette femme, la

syphilis. Elle ne présente que des maux de tête nocturnes. Elle est amaigrie, mais n'a pas de fièvre.

Opération le 27 juillet. — Incision transversale du cul de sac postérieur. Il s'échappe une énorme quantité d'un liquide noir, fluide, sans caillots (un litre environ). Le doigt introduit dans la poche rencontre une série de caillots qu'on extirpe.

Ni l'utérus ni les annexes ne semblent malades. Bourrage de la cavité avec de la gaze aseptique : 3 mèches dans la poche, 2 dans le vagin.

Suites opératoires. — Excellentes. Pas de douleurs, pas de température, pas de vomissements. Les mèches sont enlevées le 29 juillet.

OBSERVATION XII (Service de M. Tuffier)

Hématocèle. — Colpotomie

Berthe Nig..., 22 ans, modiste, entrée le 31 octobre 1897.

A. H. — Mère atteinte de bronchite chronique. Père mort d'un cancer.

A. P. — N'a jamais fait de maladie.

Réglée à 16 ans, pas très régulièrement. Règles peu abondantes et douloureuses. Pas d'écoulement leucorrhéique.

Grossesse normale à 22 ans. Accouchement à terme en septembre dernier, normal et sans incident, ni fièvre, ni hémorrhagie.

À la suite de cet accouchement, la malade fit des impru-

dences, marcha beaucoup et se fatigua. Elle commença alors à se plaindre du ventre.

Son retour de couches fut marqué par une perte de sang abondante et douloureuse qui dura deux jours avec fièvre élevée pendant ces deux jours. Elle eut ensuite des pertes blanches abondantes avec douleurs sans siège bien net, s'irradiant dans tout le ventre, mais ayant pris naissance du côté gauche. Ces accidents l'engagent à se présenter à la consultation de la Pitié, où elle est admise dans un service de médecine, salle Cruveilhier. On la traite avec de grands lavements et des injections vaginales très chaudes. Mais la fièvre se déclara, et on la fit passer dans le service de chirurgie de M. Tuffier, le 31 octobre. La température de la malade était alors de 38°, et le 2 novembre elle atteignait 39°4.

L'abdomen est douloureux, l'utérus gros. Il n'y a rien dans les culs de sac.

Le 3 novembre, on fait un curettage et la température tombe aussitôt, elle n'était plus qu'à 38°1 le soir. La dilatation fut facile, mais on rencontra à l'intérieur de l'utérus de grands débris de muqueuse. La paroi utérine était tellement friable qu'on dut s'arrêter au cours de l'opération, de peur d'avoir une perforation de l'organe.

La température qui n'était plus que de 35°6 le 9 novembre remonta à ce moment. Cependant la malade se trouvait bien : elle ne souffrait plus, ses douleurs abdominales avaient disparu et elle sentait l'appétit revenir.

Le 10 novembre, subitement, les mêmes douleurs se reproduisent, la température remonte subitement, et oscille entre 37° et 38° jusqu'au 19 novembre.

Le 17 novembre, M. Dujarier retouche la malade et sent un

empatement dans le cul de sac postérieur et le cul de sac latéral gauche. Il y a seulement quelques douleurs lancinantes.

Le 20 novembre le cul de sac postérieur est incisé et il s'écoule environ un verre à Bordeaux de sang noir non fétide. Adhérences supérieures. La poche est bourrée de gaze aseptique.

Le 21 novembre la température est de 37°1, la malade tousse, elle a un peu de hoquet et souffre encore un peu.

OBSERVATION XIII (Service de M. Tuffier).

*Salpingite — Hématocèle rétro-utérine. — Laparatomie.
— Colpotomie. — Guérison.*

Thév... Jeanne, cartonnrière, 24 ans. Entre à l'hôpital le 21 novembre 1894.

An/. Pers. — Fluxion de poitrine à 10 ans. Réglée à 14 ans, toujours mal. Durée des menstrues 4 à 5 jours, indolores. Jamais de pertes blanches.

Se marie en 1890. Trois mois après son mariage, une fausse couche de six semaines. Il y a trois ans, une fausse couche de 6 mois et péritonite consécutive. La malade reste à ce moment trois mois au lit. Elle ressent des douleurs dans le ventre, dans les reins et les jambes, et perd pendant tout ce temps du sang noir, sans odeur.

Début de la maladie actuelle : Au mois de juin, cette femme n'eut pas ses règles. Au mois de juillet, à la suite d'une émotion violente (peur) elle fut prise d'une perte de sang abondante. Le ventre était de nouveau douloureux, avec irradiations dans la

cuisse droite et les reins. Pas de trouble de la miction. Constipation. Vomissements après le repas de midi. Troubles gastro-intestinaux : sensation de chaleur après les repas, dilatation de l'estomac la forçant à desserrer son corset ; somnolence. Insomnie la nuit, lourdeurs de tête.

Son médecin lui mit des crayons d'iodoforme dans le col de l'utérus et lui conseilla l'emploi d'ovules et d'injections chaudes. Potion au chloral.

Le 21 novembre elle entre à l'hôpital.

Elle est très nerveuse ; rit et pleure facilement ; anesthésie pharyngée et palpébrale. Figure pâle.

Palper abdominal : Douleurs dans le côté droit avec irradiations vers la cuisse du même côté.

Toucher : Col de l'utérus à droite. Dans le cul de sac latéral droit et dans le cul de sac postérieur, on trouve une tumeur demi-fluctuante dont l'existence est rendue très nette par la palpation bimanuelle. Un sillon existe entre l'utérus et la tumeur. Le cul de sac gauche est libre.

Opération le 25 novembre. — Chloroforme. Laparatomie. On trouve un foyer d'hématocèle et une salpingite ; mais il y a tellement d'adhérences qu'on referme la paroi abdominale et qu'on fait l'incision du cul de sac postérieur. Drainage du cul de sac ; drain fixé dans la lèvre postérieure. Mèche de gaze iodoformé. Pansement.

Le soir piqûre de morphine.

Le 26 : Piqûre de morphine, température.

Le 27 : Insomnie ; piqûre de morphine.

Le 28 : La malade va mieux.

Le 5 décembre, la malade va bien ; on enlève les fils le 7. Sort guérie le 29.

OBSERVATION XIV (Service de M. Tuffier)

Hématocèle rétro-utérine. — Colpotomie

Jabl..., Adu..., 28 ans, couturière, entre le 25 décembre 1897, Pavillon Gerdy, à la Pitié.

Bonne santé habituelle. Réglée à 11 ans, toujours régulièrement.

Il y a 2 ans, les époques cessèrent brusquement, avant leur date de disparition normale, et la malade éprouva quelques douleurs, surtout du côté droit, au-dessus du pli de l'aîne. On lui fit mettre de la glace sur le ventre et on lui donna de l'opium à l'intérieur; puis elle entra à l'hôpital où on diagnostiqua une hématocèle : injections chaudes et repos. Au bout de 2 mois, elle ne se ressent plus de rien et elle part au Vésinet. Les règles sont un peu douloureuses, le 1^{er} jour.

Au mois de décembre dernier, à l'époque où elle attendait ses règles, la malade ressentit les mêmes douleurs, toujours au même endroit, puis les règles surviennent le surlendemain, mais elles durent moins longtemps que d'habitude et les douleurs augmentent d'intensité, surtout dans la station debout, ce qui oblige la malade à entrer à l'hôpital.

Le 26 décembre, lendemain de son entrée, elle commença à perdre en rouge, assez abondamment, et cela pendant 8 jours. C'était le moment où elle attendait ses règles. Elle était alors très constipée.

Examen local. — Le toucher et le palper combinés montrent une tuméfaction fluctuante au niveau du côté droit, et

remontant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Point douloureux de Mac Burney.

Le col est repoussé en avant et la muqueuse de la paroi antérieure du vagin est plissée, car l'utérus est abaissé en totalité.

Le toucher est douloureux, surtout au niveau du cul-de-sac droit.

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur le 3 janvier. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide formé de sang et de pus (environ un tiers de litre). Gros drain en croix ; tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 15 février, la cicatrice du cul-de-sac est complète ; l'utérus est légèrement mobile.

La malade part le 17 pour le Vésinet.

OBSERVATION XV (Service de M. Tuffier)

Hématocèle rétro-utérine. — Colpotomie

Coll. . . , Rose, 32 ans, fleuriste, entre à l'hôpital Beaujon le 21 octobre 1893, salle Huguier, parce qu'elle souffre dans le ventre.

Elle a été réglée à l'âge de 15 ans. Depuis cette époque, ses règles sont revenues d'une façon régulière. Elles duraient 4 jours environ.

A 18 ans, fièvre typhoïde. A 20 ans, premier accouchement, 15 jours après, la malade aurait eu une péritonite. Dans la suite, 2 autres accouchements normaux et sans accidents.

Depuis le 20 juillet dernier, la malade n'a pas vu ses règles.

Le 16 septembre, sans cause, elle fut prise subitement de violentes douleurs dans le bas ventre, et surtout du côté droit; douleurs lancinantes, s'irradiant dans la région lombaire et vers les cuisses. La malade se trouve mal; on l'emporte à Beaujon où elle reste 18 jours et sort sur sa demande. Huit jours après, elle est obligée d'entrer de nouveau à l'hôpital et est reçue dans le service de M. Tuffier le 21 octobre.

La malade est anémiée, elle perd du sang depuis un mois. Elle ressent de vives douleurs dans le ventre. La figure est pâle. Le pouls n'est pas fameux. Tout le bas ventre et surtout la région de la fosse iliaque sont douloureux.

Le toucher est très douloureux; il indique la présence d'une tumeur demi-fluctuante dans le cul-de-sac postérieur.

24 octobre. — Chloroforme. Incision du cul-de-sac postérieur: écoulement de sang et de caillots. Drainage; fixation du drain à la lèvre postérieure du col. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. Dans l'après-midi, vomissements.

25 octobre. — La malade ne souffre pas. Injections vaginales chaudes.

31 octobre. — Ecoulement sanguin. Douleur dans la jambe et l'aîne droites.

6 novembre. — La malade a une angine. Le 15, les pertes de sang ont cessé. Elle sort guérie le 18.

Dans la seconde série de ce groupe, nous avons mis 5 cas d'hématocèles suppurées: 3 furent traitées par l'hystérectomie vaginale (obs. XVIII, XIX et XX), une par colpôtomie (obs. XVI), et la dernière par la laparatomie (obs. XVII).

Dans ce dernier cas la femme mourut 4 jours après l'intervention : elle avait eu deux crises douloureuses avec hémorragie interne, à un mois d'intervalle. Conduite à l'hôpital, elle fut d'abord traitée dans un service de médecine, d'où, voyant que son état s'aggrave et qu'elle devient de plus en plus faible, on la fait passer en chirurgie. On l'opéra dans de mauvaises conditions.

Chez les quatre autres opérées, la guérison est survenue en 25 ou 30 jours.

OBSERVATION XVI (Service de M. Tuffler)

Hématocèle suppurée rétro-utérine. — Colpotomie

Lois... Louise, 28 ans, passementière, entre le 19 février 1897, Pavillon Gerdy.

Réglée à 13 ans, régulièrement, jusqu'à sa deuxième grossesse (1889).

A 18 ans. scarlatine ; à 49 ans, première grossesse normale. A 20 ans, 2^e grossesse normale aussi.

Depuis sa dernière grossesse, les règles arrivent en avance de quelques jours, abondantes, d'une durée de 5 à 8 jours en moyenne ; ne sont pas douloureuses.

Leucorrhée entre les époques.

Les dernières règles eurent lieu le 1^{er} février, elles arrivèrent en avance, furent aussi abondantes que d'habitude, et durèrent jusqu'au 5.

Le 6 février, la malade ressentit dans l'après-midi un point de côté violent au niveau du flanc droit, avec état nauséux, mais sans vomissements.

Le 7 février, douleurs vives dans l'hypogastre, un peu de ballonnement du ventre et de la constipation.

Le 8, fièvre.

Le 9, la malade entre à l'hôpital dans un service de médecine où l'on diagnostique : abcès pelvien. Temp. 39°.

Le 19, elle passe en chirurgie, salle Gerdy.

Etat actuel. — La fièvre continue, monte jusqu'à 39°.

Douleurs sourdes dans l'épigastre, sans irradiations.

Ballonnement du bas ventre ; pas de pertes vaginales.

Palpation. — L'utérus est remonté à 3 travers de doigt au-dessus du pubis et l'on sent des masses indurées immobilisant l'utérus dans les deux culs-de-sac latéraux.

Toucher vaginal. — On sent une masse volumineuse dans le cul-de-sac postérieur, repoussant l'utérus en haut, douloureuse et rénitente. Les culs-de-sac latéraux sont enpâtés et semblent faire corps avec l'utérus. L'utérus est un peu gros, avec un col légèrement ramolli, déchiré à droite et à gauche.

Toucher rectal. — Le rectum est libre, mais on sent une masse dans le cul-de-sac de Douglas, bombant sur la face antérieure du rectum.

Diagnostic. — Hématocèle suppurée.

19 février. *Opération.* — Ether. Incision du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule environ 3 à 400 gr. de liquide sanguino-purulent. Pas de caillots. Drainage avec un gros drain en croix.

Gaze iodoformée dans le vagin. Ouate au devant de la vulve.

Le 20. — La fièvre tombe aussitôt à la normale ; il n'y a plus eu d'ascension thermique. L'état général s'améliore rapi-

dement. L'appétit renaît. Les douleurs abdominales ont disparu.

Le 21. — On change le pansement vaginal qui a été souillé par l'écoulement du pus.

28. — Le drain est retiré, il n'y a plus d'écoulement. On introduit néanmoins entre les deux lèvres de la plaie une petite mèche de gaze.

1^{er} Mars. — La malade n'a plus de pansement. Elle reste au lit. Injections chaudes matin et soir. Compresse au devant de la vulve.

9. — La malade quitte l'hôpital. Son utérus a beaucoup diminué depuis l'intervention ; il est mobile. On ne sent plus de tuméfaction péri-utérine. La plaie du cul-de-sac n'est pas encore cicatrisée, les bords en sont un peu durs.

17. — La malade revient se faire examiner. Elle est bien portante, ne ressent plus de douleurs. Utérus tout-à-fait mobile ; les lèvres de la plaie sont cicatrisées. On ne sent aucune induration.

OBSERVATION XVII (Service de M. Tuffier)

Hématocèle rétro-utérine suppurée. — Laparatomie. — Mort.

Hie... Julie, femme Rob ..., 26 ans. Lingère. Entre le 22 novembre 1891, salle Huguier, lit n° 9.

Ant. héréd. — Père mort d'une hémorragie cérébrale. — Mère bien portante.

Ant. pers. — Rien à noter jusqu'à 15 ans. A cette époque rougeole et coqueluche.

— Réglée à 16 ans. Menstruations régulières.

Mariée à 22 ans. Un an après, première grossesse, accouchement à terme ; suites de couches très bonnes.

A 24 ans, deux fausses couches, dont une double de six semaines. Aucun accident à noter à leur suite.

Cinq mois après ces fausses couches, nouvelle grossesse dans les mêmes conditions que la première.

Le 13 octobre 1891, pendant le deuxième jour de ses règles, et au milieu de la nuit, cette femme eut un frisson et ressentit des douleurs atroces dans le ventre. Son écoulement menstruel s'arrêta immédiatement, et elle perdit connaissance pendant une vingtaine de minutes. Elle garda le repos pendant quelques jours. Un médecin consulté prescrivit des cataplasmes. Un mois après cela, à la suite de fatigue, et au moment où elle attendait ses époques, la malade éprouve une vive douleur dans le ventre, l'abdomen se ballonne, elle vomit et a de la fièvre. Elle est constipée.

Le 20 novembre elle entre dans le service de M. Guyot, salle Béhier, faute de moyens suffisants pour se faire soigner chez elle.

Le diagnostic porté fut celui d'hématocèle rétro-utérine.

Pendant tout le temps qu'elle passa en médecine, elle fut traitée avec des cataplasmes, des vésicatoires, des purgatifs et des injections vaginales chaudes. Malgré ce traitement son état s'aggrave et on la fait passer en chirurgie, dans le service de M. Tuffier, salle Huguier.

A son entrée, la malade est très faible et très abattue. On

constate, à la vue, une très grosse tumeur du côté gauche du bas ventre, et remontant jusqu'au dessus de l'ombilic.

A la palpation du ventre, on sent une grosse tumeur fluctuante, s'enfonçant dans le petit bassin.

A la percussion on trouve que cette tumeur est mate dans toute son étendue, et à peine douloureuse.

Le toucher vaginal indique que la cavité du vagin a diminué de capacité. Le col de l'utérus est court, presque effacé, refoulé derrière la symphyse pubienne contre laquelle il est complètement aplati.

L'utérus dirigé de haut en bas et de gauche à droite est tout à fait dévié de son axe.

Par le toucher combiné au palper abdominal on sent une fluctuation très nette au niveau du cul de sac latéral gauche. Le col est entouré de tous côtés par un croissant en relief.

Le toucher rectal indique l'existence d'une tumeur qui repose sur la paroi antérieure du rectum et est manifestement fluctuante.

L'état de la malade devenant de plus en plus grave, l'intervention fut décidée pour le 24 novembre.

Opération le 24 novembre. — Laparatomie médiane. A l'ouverture du péritoine une poche saillante vient faire hernie à l'extérieur; elle est bien bombée et d'une couleur verdâtre. Aussitôt cette poche ouverte, il s'écoule une grande quantité de liquide (un litre et demi environ), d'une fétidité extrême, et de caillots. La couleur de ce liquide est lie de vin.

Après un lavage antiseptique de toute la cavité de la poche on procède à son énucléation; on voit qu'elle est formée par des adhérences contractées entre les annexes d'une part et l'intestin de l'autre. On lie tout le ligament large au ras de la corne utérine.

Second lavage de la cavité du petit bassin à très grande eau. Tamponnement avec deux mèches de gaze salolée. Suture de la paroi abdominale à 4 étages, comme d'habitude et pansement. Au niveau de la partie inférieure de la plaie fut mis un point de suture d'attente, pour être lié le lendemain après l'enlèvement des mèches.

Le 27 novembre, à la visite du matin, on remarque qu'il y a rétention de matières dans la cavité du petit bassin, on enlève deux points de suture et on met un gros drain en permanence après avoir retiré un demi litre de liquide sanguinolent, putride et contenant des gaz.

La malade est dans l'hypothermie. Lavage sublimé chaud.

Le 28, mort à 4 heures du matin, avec une température de 40°2.

Autopsie. — L'autopsie est faite 48 heures après la mort. Les parois de la cavité où se trouvait l'épanchement sont constituées par les intestins tapissés d'un enduit granuleux verdâtre, putréfié, et très cohérent, qui ressemble à de la fibrine coagulée.

Dans la grande cavité péritonéale, pas trace d'inflammation. La masse intestinale est saine. L'utérus paraît sain. Le foie est atteint de dégénérescence graisseuse, son tissu est jaune. Rien dans les poumons, les reins ni le cerveau.

En un mot, tout se borne à des signes de péritonite locale.

OBSERVATION XVIII (Service de M. Tuffier)

*Hématocèle rétro-utérine suppurée. — Colpotomie. —
Hystérectomie vaginale.*

Brab... Juliette, 23 ans, domestique, entre le 7 mars 1899,

salle Elisa Roy, pour des pertes abondantes durant depuis 15 jours avec douleurs abdominales.

Réglée à 16 ans 1/2, pendant 4 à 5 jours chaque fois, tous jours régulièrement sauf la dernière fois où il y eut un retard de 5 jours.

N'a jamais eu de grossesse ni de maladie antérieure.

Depuis la fin de ses dernières règles, le 22 février, la malade perd du sang rouge, sans caillots. Cet écoulement sanguin est abondant, intermittent, et s'accompagne de douleurs dans le ventre, surtout vives du côté gauche et irradiées vers les lombes, la fesse et la cuisse gauches. La marche est très pénible. Néanmoins la malade a continué à travailler ; elle avait quelquefois des faiblesses avec perte de connaissance, durant quelques minutes.

Ne souffrait pas en allant à la selle et en urinant.

Bon appétit ; pas de vomissements ni de constipation. Actuellement l'état général est bon. L'inspection du ventre ne révèle rien d'anormal.

La palpation est douloureuse, surtout dans le flanc et la fosse iliaque gauches ; à ce niveau la paroi se détend.

Toucher. — Col dans l'axe du vagin, mais très rapproché de la vulve. Consistance ferme, il est peu mobile. L'utérus n'est pas augmenté de volume.

Dans le cul de sac gauche est une tumeur de la grosseur d'une petite mandarine : elle est dépressible et légèrement douloureuse ; elle semble se prolonger dans le cul de sac postérieur, mais en diminuant de volume. Culs de sac antérieur et droit libres.

9 mars. — Incision du cul de sac postérieur. Écoulement de sang rouge liquide. Drain en T.

Les jours suivants la malade continue à souffrir. Elle a des pertes noirâtres, fétides, sans caillots.

Le 28 mars. — Hystérectomie vaginale sans pincés, ni ligaturés.

Incision circulaire du col. M. Taffier tombe sur une masse gangrénée, putréfiée, infecte. Le corps utérin immobilisé au milieu d'adhérences ne peut descendre. Après avoir mis des pincés partout, on pratique l'ablation d'une moitié du col et du corps, puis de l'autre moitié.

Angiotripsie. — Mèches dans le vagin.

29 mars. — La malade n'accuse pas de douleur dans le ventre. Sensation de brûlure dans le vagin. Urine seule, mais avec douleur. Suintement séro-sanguinolent et fétide par la vulve. Temp. m. 38°. soir, 39°. Pouls, 120.

30 mars. — Le suintement vulvaire persiste. Le ventre n'est pas ballonné, il se laisse palper sans douleur. Langue sèche et sale. La malade a vomi une fois. Lavement. Vives douleurs à la miction. Température, 38°. Pouls fréquent, régulier, 120.

31 mars. — Temp. 37°. Pouls 96. Suintement vulvaire, moins abondant, très fétide.

2 avril. — Le suintement vulvaire a complètement cessé, ainsi que les douleurs de la miction. Pouls 84.

Le lendemain on change les mèches vaginales, odeur fétide. Temp. 37°. Pouls, 70.

Le 7 avril les mèches sont remplacées à nouveau, elles sont imprégnées d'un liquide séro-purulent jaune verdâtre, avec quelques débris sphacelés, horriblement fétides.

Dans les jours qui suivent, ce liquide purulent disparaît peu à peu, et la malade sort guérie le 24 avril.

OBSERVATION XIX (Service de M. Tuffier).

*Hématocèle rétro-utérine suppurée. — Absès péri-utérins.
— Colpotomie. — Hystérectomie vaginale.*

Godem... Rosalie, 30 ans, journalière. Entre à la Pitié le 1^{er} d'cembre 1897 « parce qu'elle souffre dans le bas-ventre. »

Ant. Héréd. — Père mort vieux, asthmatique, mère bien portante. Frère mort « d'un chaud et froid » à 27 ans. Une sœur a été opérée : on lui aurait enlevé les deux ovaires.

Ant. Pers. — N'a jamais fait de maladie dans son jeune âge. Réglée pour la première fois à 17 ans 1½. Les règles ont toujours été régulières, durant 4 jours, assez abondantes, non douloureuses. A cette époque, la malade avait de fortes pertes blanches n'empesant pas le linge.

Premiers rapports sexuels vers l'âge de 18 ans ; ils n'ont pas été suivis d'une augmentation des pertes blanches, ni d'une modification dans le caractère des règles.

A 18 ans 1½ (1885), grossesse qui a été assez bonne, mais accompagnée de pertes blanches abondantes. Accouchement normal. Suites de couches mauvaises. Pendant 6 semaines, la femme a perdu continuellement en rouge ; elle s'est vu obligée de rester couchée, elle avait de la fièvre, était sans appétit, et souffrait dans le ventre.

Une forte hémorrhagie avec gros caillots l'obligea à entrer à la Charité où, pendant un mois, elle fut traitée à l'aide de tampons et d'injections. Après un mois passé au Vésinet elle

retra chez elle bien portante. L'enfant était mort 25 jours après sa naissance.

Depuis son retour au Vésinet la femme continuait à se bien porter, avait bon appétit, digérait bien, vaquait à ses travaux, voyait régulièrement ses règles, mais elle perdait toujours en blanc. Il y a quinze jours, pendant la nuit, elle ressentit subitement de violentes douleurs dans le ventre. Ayant eu ses règles le 20 octobre, elle pensa que c'étaient celles du mois de novembre qui pouvaient bien s'annoncer ainsi. Les coliques durèrent toute la nuit, et le matin survinrent des vomissements aqueux. En se levant, la malade sentit entre ses cuisses quelque chose qui s'échappait ; c'était, dit-elle, une masse gluante formée de sang, de filaments, d'« espèces de peaux », le tout aggloméré en une masse large comme la main.

Les jours suivants elle continua à perdre en rouge, par petite quantité toutefois ; entre temps, pertes blanches abondantes. Les vomissements continuèrent, ainsi que les douleurs dans le bas ventre, avec irradiations vers les cuisses et l'anus. L'appétit était nul ; la malade ne tolérait que les liquides. La constipation fut opiniâtre pendant 8 jours ; quand elle cessa, les efforts de défécation étaient douloureux. Les mictions furent fréquentes, douloureuses aussi. En même temps, le ventre devenait gros, tendu, très sensible. Il y eut de la fièvre. Ne pouvant continuer à vivre ainsi, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Actuellement, elle est affaissée, amaigrie : elle a de la fièvre (40°) ; le pouls est à 120, il est régulier et égal. Ventre un peu gros. Rien du côté des organes thoraciques. La matité hépatique ne déborde pas les fausses côtes, il n'y a rien dans les flancs.

Au-dessus du pubis, tuméfaction arrondie atteignant jusqu'à

3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La palpation un peu profonde à ce niveau est douloureuse, aussi n'est-il possible de sentir autre chose à ce point qu'une vague induration. La percussion donne un son mat clair.

Vulve normale ; colpocèle postérieure. Col refoulé contre la symphyse, il se continue avec une masse dure, douloureuse, qui remplit tout le petit bassin et au milieu de laquelle il est impossible de reconnaître l'utérus ; le tout est immobilisable. Cul de sac postérieur distendu par une masse pâteuse au point que l'on a absolument la sensation d'un rectum distendu par des matières fécales.

Diagnostic probable. — Hématocèle rétro utérine.

Opération le 2 décembre 1897. — Ethernarcose. On croit d'abord qu'une colpotomie postérieure suffira. Elle amène en effet l'évacuation d'environ un verre de pus mélangé de sang, provenant de 2 grosses poches qu'on ouvre successivement derrière l'utérus. Mais on s'aperçoit ensuite qu'en avant de l'utérus il existe encore plusieurs autres poches plus petites. On se décide alors à regret, étant donné l'âge de la malade, à pratiquer l'hystérectomie vaginale totale. Au cours de l'opération, on voit en effet que l'utérus est entouré d'adhérences formant çà et là des poches remplies de pus et de sang ; aussi l'extirpation de l'organe est-elle assez laborieuse. A un moment, dans la plaie, sur la valve postérieure, on voit saillir un gros cordon noir violacé qu'on prend un moment pour l'intestin (à cause de son gros volume), mais qui n'est autre que la trompe droite considérablement allongée (0 m. 15 c.), épaissie, remplie de pus, et portant l'ovaire près de son pavillon. On l'extirpe à part, puis on continue l'hystérectomie suivant les règles classiques.

L'après-midi de l'opération a été bonne. Pas de vomisse-

ments, légères douleurs dans le ventre. Pas de selles. Urines : 175 gr. Glace, champagne. Piqûre de morphine pour la nuit, qui est bonne. Temp. s. 37°.

3 décembre. — La malade se trouve bien. Temp. 37° 5. Pouls : 100. Pas de vomissements, pas de douleurs, ni gaz par l'anus, ni selle. Champagne. Temp. soir, 38°.

4 décembre. — La malade est bien ; on enlève les pinces. Temp. m. 38° 2. Pouls, 128. Lavement ; urines, 350 cc. Lait, champagne, eau de Vichy. Pas de douleurs. Nuit bonne. Temp. soir, 38°.

5 décembre. — Temp. m. 36° 8 ; on laisse les mèches. Purgation. Urines, 500 gr. Alimentation : lait, bouillon, champagne. Temp. s. 37° 5. Nuit agitée.

6 décembre. Temp. mat. 37° 4 ; soir, 37° 6. La malade va très bien, l'appétit revient. Lait, bouillon, œuf, oranges, vin. Urines, 600 gr. ; nuit bonne.

7 décembre. — On enlève la sonde vésicale ; viande.

8 décembre. — On enlève les mèches. Deux injections vaginales au sublimé, une le matin et une le soir. Evacuations alvines abondantes. Température normale. Ne souffre pas.

Les jours suivants, on continue les injections vaginales, elles ressortent sales et fétides.

13 décembre. — Bon appétit, tendance à la constipation, purgation. Se plaint de souffrir un peu dans l'aîne gauche, surtout en allant à la selle et en urinant. A l'examen, on trouve quelques ganglions indurés, non douloureux. On continue les injections vaginales. Entre les injections s'écoulent des liquides fétides.

22 décembre. — La malade irait très bien si elle ne perdait toujours considérablement par le vagin. Le fond de l'organe est

grisâtre, sanieux et laisse s'écouler en abondance un liquide vert noirâtre, fétide, qui ne cède pas aux injections quotidiennes de permanganate de potasse suivies d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Pas de fièvre, excellent appétit. Constipation.

25 décembre. — Examen au spéculum. Dans le fond du vagin, une surface rouge est en partie lisse et brillante, en partie ulcérée et granuleuse. On l'assèche avec des tampons de gaze et on l'examine attentivement. M. Dujarrier, interne du service, a l'idée d'injecter dans la vessie une solution très foncée de permanganate de potasse ; pendant ce temps on examine le vagin. D'abord, il ne se produit rien de ce côté, mais au bout d'un certain temps, lorsqu'on a déjà injecté une quantité assez considérable de permanganate dans la vessie, on voit suinter dans le fond du vagin un liquide d'abord incolore, puis rosé, qui n'est autre que la solution de permanganate. Il existe donc une légère fistule vésico-vaginale. Sonde à demeure.

28 décembre. — Les tampons vaginaux sont toujours imbibés d'urine, on laisse la sonde à demeure.

6 janvier. — Les mèches vaginales ne sont plus tachées par l'urine. On fait une injection d'une solution de permanganate dans la vessie ; on ne voit plus sourdre la moindre goutte dans le fond du vagin. Le trajet est fermé.

12 janvier. — La malade quitte l'hôpital en excellent état de santé. Elle se plaint cependant d'avoir encore des douleurs (cuisson), en urinant. Les mictions ne sont pas fréquentes.

OBSERVATION XX (Service de M. Tuffier)

*Hystérectomie vaginale pour ancienne hématocele
suppurée.*

Aimée Lef..., 32 ans, cuisinière. Entre à l'hôpital parce qu'elle souffre dans le ventre, le 10 juillet 1897.

Ant. héréd. — Père et mère vivants. Bien portants.

Frères et sœurs bien portants ; n'en a pas qui soient morts.

Ant. pers. — Aurait eu la rougeole vers l'âge de 4 à 5 ans
A eu de même un peu de gourme.

A été réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans. Règles toujours régulières, venant tous les mois, durant 4 à 5 jours, peu abondantes, douloureuses le 1^{er} jour seulement. Jamais de pertes blanches, ni jaunes, ni vertes à cette époque.

En février 1887 aurait fait une fausse couche de 4 mois 1/2. Hémorragie consécutive insignifiante. La femme s'est levée au bout de 8 jours. Depuis ce moment son ventre est resté sensible et c'est à cette époque qu'elle fait remonter le début de son affection.

Histoire de la maladie. — Douleurs. Les douleurs qui ont débuté à la suite de la fausse couche n'ont pas cessé depuis. Elles ont eu à peu près continuellement le même degré d'intensité. Peu accentuées, elles siégeaient dans la région sous-ombilicale, principalement sur le côté droit. Irradiations dans les reins depuis un mois seulement. Depuis cette époque en effet les douleurs ont augmenté d'intensité. Pas d'irradiations dans les

cuisses ni vers l'anus. Les douleurs ne sont pas supprimées, mais seulement calmées par le repos au lit.

Pertes. — Pertes blanches depuis la fausse couche, peu abondantes toutefois. Jamais de pertes vertes.

Règles. — Règles ayant le même caractère qu'avant la fausse couche : régulières, peu abondantes, moins douloureuses qu'auparavant. Dernières règles apparues avec un retard de six jours le 30 mai dernier ; elles ont duré jusqu'à avant hier, presque 5 semaines. Toutefois les pertes étaient insignifiantes, sauf pendant deux jours, les 24 et 25 juin où elles ont été un peu plus abondantes.

Etat général. — La malade n'a pas maigri depuis qu'elle est malade. Elle se serait affaiblie seulement un peu depuis un mois. Jamais de fièvre.

Appareil digestif. — Pas d'appétit depuis un mois. Digestions bonnes. Selles régulières.

Appareil respiratoire et circulatoire. — Ne tousse ni ne crache. Quelques palpitations. Pas de suffocation, pas d'oppression.

Système nerveux. — Rien d'anormal.

Appareil urinaire. — Mictions normales. Urines d'abondance et de couleur normales.

Examen actuel. — Femme bien constituée. Aspect général bon. Pas d'anémie marquée.

1° *Appareil génital.* — Ventre assez gros, pas trop flasque. Paroi abdominale épaisse, chargée de graisse. Le ventre tout entier est sensible à la pression. La palpation ne donne rien.

Au toucher : vulve normale ; le vagin ne présente rien de particulier. Le col de l'utérus n'est pas dans l'axe du vagin ; il

est refoulé à gauche et ne regarde d'ailleurs ni en avant ni en arrière.

Le corps de l'utérus non mobile, est de même en latéro-position gauche. On arrive facilement à limiter son bord gauche et son angle gauche. Le reste de l'organe est perdu au milieu d'une masse dure, très douloureuse, lobulée, du volume du poing, qui semble développée dans le ligament large du côté droit et qui fait bomber tout le cul-de-sac de ce côté, occupant en même temps une partie du Douglas. Rien à gauche, ni en avant.

2° Les autres appareils ne présentent absolument rien de particulier..

Diagnostic. — Collection suppurée du ligament large du côté droit, entourant la plus grande partie de l'utérus. '

Traitement. — Hystérectomie vaginale.

Incision du cul-de-sac postérieur. La masse qu'on croyait libre est entourée de fausses membranes. L'utérus est en rétro-flexion, adhérent à la paroi antérieure du rectum. On cherche à déchirer les fausses membranes, ce qui est très difficile. Le cathéter introduit dans l'utérus montre que cet organe est en rétro-flexion forcée. Dans la manœuvre de décollement on rompt tout à coup un sac qui laisse échapper un grand verre de liquide chocolat, sans le moindre caillot. A partir de ce moment l'opération marche assez rapidement.

Incision du cul de sac antérieur, décollement de la vessie. Les ligaments larges sont pincés de bas en haut.

12 juillet. — La malade ne se trouve pas trop mal depuis l'opération. Elle a cependant une sensation gênante d'oppression. Elle a dormi dans la nuit de samedi, (jour de l'opération) à dimanche. La nuit dernière elle n'a dormi que par piqûre. Les pinces surtout la font beaucoup souffrir. N'a pris qu'un peu de

champagne et un peu de lait coupé d'eau de Seltz. N'a pas vomi, n'a pas eu de selle, urines d'hier, 500 grammes. Hier matin, un peu de fièvre, 38° 6 ; le soir 38°. Ce matin température normale. La malade se trouve assez bien. Enlèvement des pinces ce matin. Se plaint d'avoir soif.

13 juillet. — La malade va bien. Prend son lait avec plaisir. Dort bien, ne souffre pas.

15 juillet. — La malade va bien. Enlèvement des mèches ce matin.

18 juillet. — La malade commence à se lever, mais est toujours faible.

IV^e GROUPE

Ce groupe comprend trois observations de grossesses ectopiques rompues avec inondation péritonéale.

L'observation XXI n'a pas été prise dans le détail ; nous n'avons que des notes tout à fait sommaires.

Dans l'observation XXII, l'intervention a eu lieu 48 heures après la rupture, la femme avait un faciès péritonéal, le pouls petit, les traits tirés ; le ventre était ballonné et douloureux. Il y avait des tubercules de Montgomery aux seins et le flux cataménial avait manqué le mois précédent. Le diagnostic était relativement facile. On trouva du sang et des caillots dans la cavité abdominale, un

foetus dans la trompe droite qui fut enlevée. Lavage du péritoine et guérison en six semaines, après accidents par intoxication iodoformique.

La malade qui fait le sujet de l'observation suivante (observation XXIII), fut opérée d'urgence, 5 à 6 heures après la rupture, le diagnostic de grossesse pathologique probable ayant été fait à la visite du matin par M. Tuffier, Au moment de l'opération la femme était dans un état grave ; elle supporte cependant deux interventions faites coup sur coup. On la remonte à l'aide d'injections d'éther, de caféine et de sérum, et elle guérit en moins de quatre semaines.

OBSERVATION XXI (Service de M. Tuffier)

Grossesse extra-utérine rompue : inondation péritonéale
— *Laparotomie* (Hôpital Lariboisière, salle Elisa-Roy. Service de M. Tuffier).

L'observation n'a pas été prise.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, Mad. Roul... femme Lac... opérée le 11 juillet 1899.

Après laparotomie, M. Tuffier a extrait un foetus de 3 mois $1/2$.
La malade est sortie guérie le 3 août.

OBSERVATION XXII (Service de M. Tuffier)

*Grossesse tubaire droite rompue dans l'abdomen. —
Laparatomie. — Guérison.*

Anna M. . . . 26 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital le 7 novembre 1893.

La malade ne parlant pas le français est difficile à interroger.

Elle n'a plus vu ses règles depuis le 25 août dernier ; et elle se plaint actuellement de douleurs dans le ventre. Ces douleurs sont survenues brusquement, il y a deux jours, accompagnées de vertiges et de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Depuis ce moment la malade sent ses forces diminuer de plus en plus.

A son entrée à l'hôpital elle avait un facies péritonéal. Le pouls est petit, les traits tirés. Le ventre est ballonné et douloureux, surtout à la pression.

Tubercules de Montgomery aux seins.

Au toucher on trouve les signes d'une pelvi-péritonite.

Opération le 7 novembre, jour de l'arrivée de la malade. Anesthésie par le chloroforme. Incision abdominale. On trouve des caillots de sang dans la cavité abdominale, et un petit fœtus dans la trompe droite qui est enlevée.

Lavage du péritoine ; fermeture de la plaie abdominale. Pansement à la gaze.

8 novembre. — Ventre ballonné ; vomissements toute la journée. Champagne et glace.

Le 9, les vomissements continuent et ne cessent que le soir.
Lait, champagne, glace.

10 novembre. — Délire toute la nuit. Le matin la malade va mieux.

11 novembre. — Le délire persiste. On retire la mèche de gaze iodoformée que l'on soupçonne être la cause de ce délire, et on applique la camisole de force. La malade se calme dans la journée.

12 novembre. — Le délire reprend plus intense : la malade s'arrache les dents de devant qu'elle luxe avec sa mâchoire inférieure.

13 novembre. — Même état : délire la nuit, calme relatif dans la journée.

Le 14, on refait le pansement, la nuit est meilleure. Nouveau pansement le lendemain 15 ; le délire cesse.

Le 17, la malade va tout-à-fait bien.

18 novembre. — Sphacèle de la lèvre inférieure dû au traumatisme qu'elle s'est fait en s'enlevant les dents. Pansement tous les trois jours.

Le 15 décembre, la plaie n'est pas encore complètement fermée, mais la malade va bien et sort complètement guérie le 29 du même mois.

OBSERVATION XXIII (Service de M. Tuffier)

Grossesse tubaire droite rompue dans l'abdomen. —

Inondation péritonéale. — Laparatomie. — Guérison.

Jeand..., 32 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 21 mars.

Ant. héréd. — Mère morte à 32 ans de fluxion de poitrine.
— Père mort à 66 ans asthmatique.

Ant. pers. — Réglée à 18 ans, jamais bien régulièrement ; elle avait souvent des retards. Fièvre typhoïde à 16 ans.

A 28 ans péritonite, dit-elle, puis pertes blanches pour lesquelles on lui fait faire des injections vaginales.

Elle a eu deux enfants : le 1^{er} à 20 ans, le 2^e à 24. Accouchements normaux. Les enfants se portent bien.

Histoire de la maladie actuelle. — Les règles ont cessé de venir depuis le mois de décembre, c'est-à-dire depuis 2 mois. Elle a eu des pertes blanches abondantes et des mictions douloureuses. Puis vers le milieu de février, à l'époque où elle aurait dû avoir ses menstrues, se sont produites, des pertes sanguines abondantes qui durèrent pendant 25 jours : sang noir, sentant très mauvais, et abondant, caillots nombreux. La malade souffrait beaucoup dans le ventre, au niveau de la région sus-pubienne, et sur les côtés, avec irradiations variées, mais exclusivement abdominales. Son ventre a grossi, il est tendu, ballonné ; elle ne va à la selle qu'à l'aide de lavements. Anorexie. Depuis l'époque de la disparition des règles, un peu de fièvre la nuit. Vomissements fréquents après le repas. Pas de phénomènes sympathiques de la grossesse.

Etat actuel. — Lorsque la malade entre à l'hôpital, le 21 mars, les pertes ont cessé depuis dix jours ; les douleurs subsistent. Depuis le commencement de ces pertes, elle n'a pu se lever.

La malade est pâle et affaiblie. Pas de fièvre. Pouls bon, à 90. Langue sale, humide. Constipation.

Examen local. — Abdomen tendu, ballonné, douloureux à la palpation, dans la région inférieure.

A la palpation et à la percussion, on délimite une tumeur sus-pubienne, dure, mate, s'élevant à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Au toucher : parois vaginales molles ; le col utérin, mou, est entr'ouvert, on peut y introduire l'extrémité de l'index.

L'utérus paraît gros. On sent la même masse dure que l'on sentait à travers la paroi abdominale. Le cul de sac gauche est effacé par une masse assez volumineuse. Le cul de sac droit est très douloureux, un peu effacé. Les pertes blanches ont cessé complètement ; les sécrétions vaginales ont une odeur fort désagréable, fétide.

Opération d'urgence le 21 mars. — M. Tuffier ayant touché rapidement la malade le matin du 21 mars pour se rendre compte sommairement de l'état des lésions, comptant d'ailleurs pratiquer un examen plus approfondi le lendemain, porte provisoirement le diagnostic de grossesse au 3^e ou 4^e mois, mais de forme anormale, pathologique.

Une heure après le toucher, la femme ressentit brusquement dans le bas ventre, une douleur extrêmement vive, comme un déchirement, suivie presque aussitôt, de sueurs froides, de pâleur, et d'une syncope, de courte durée il est vrai. Les infirmières qui entouraient la malade n'attachèrent d'abord pas d'importance à son état, pensant avoir à faire à une crise nerveuse. Ce n'est que vers 4 heures que voyant la femme pâlir de plus en plus, gémir continuellement et perdre le pouls, elles se décidèrent à faire prévenir l'interne de garde. Celui-ci avertit M. Tuffier qui arriva sur le champ, et diagnostiqua une grossesse extra-utérine rompue dans l'abdomen et pratiqua la laparotomie d'urgence.

Anesthésie par l'éther. Incision allant de l'ombilic à la

symphyse pubienne. Arrivé sur le péritoine, on le trouve noir par transparence du sang épanché dans le ventre. Aussitôt le péritoine incisé, on trouve des caillots et un sang noirâtre infiltré entre les anses intestinales distendues. M. Tuffier décolle l'épiploon et l'intestin partiellement adhérents aux parois pelviennes. Au milieu des caillots on sent une masse dure qu'on enlève. C'est un fœtus d'environ 15 centimètres, avec son cordon et son placenta adhérent vers la partie inférieure. On enlève rapidement les caillots qui entourent l'utérus : on reconnaît le fond de l'utérus.

On examine la trompe et l'ovaire du côté gauche, atteints de tubo-ovarite, sans distension et sans suppuration. On revient ensuite du côté droit où on aperçoit le placenta et les annexes perdus au milieu d'adhérences et de caillots. La corne utérine droite reconnue, on place un clamp et on sectionne à son niveau; on en fait autant pour tout l'épiploon adhérent le long des parois pelviennes. On place un second clamp de façon à enlever d'un bloc l'ovaire, l'œuf et les parties restantes du placenta.

Ligature à la soie ; mèche, drain, suture à 3 étages. Deux piqûres d'éther et une piqûre de caféine immédiatement après l'opération.

Vers la fin de l'opération on avait commencé une injection intra-veineuse de 1500 grammes de sérum. Quelques temps après la fin de l'opération on s'aperçoit que le drain abdominal laisse écouler du sang rouge. On fait chercher l'interne du service, qui fait sauter les sutures et cherche le point de départ de l'hémorragie ; mais ne le trouvant pas, il se contente de tamponner le ventre à la gaze aseptique ; 1500 grammes de sérum sous-cutané.

Suites opératoires. — Dans la soirée l'hémorragie ne s'est pas reproduite. On a fait prendre à la malade un peu de glace et

de Champagne. Pouls à 180, régulier, mais inégal et dépressible. A 9 heures du soir, température axillaire, 36°4. La malade a complètement repris connaissance et se trouve assez bien ; elle ne souffre nullement. Nuit calme mais sans sommeil.

22 mars. — Ce matin on trouve une femme encore excessivement pâle et faible, mais qui s'est bien remontée depuis hier. La température est à 36°8 ; le pouls à 160, régulier, égal, assez fort. La malade a uriné spontanément à deux reprises, 350 gr. d'urine foncée, un peu trouble ; ni selle ni gaz. La langue est sèche. La malade se plaint d'avoir très soif. Le ventre est un peu tendu, mais non douloureux. Bref, on a le ferme espoir que la malade s'en remettra.

Dans l'après-midi la malade a été aussi bien que possible. Elle n'a pas souffert, elle n'a pas eu de syncope. Elle a vomi à 2 reprises un liquide bilieux, verdâtre. On lui a donné un lavement qui a amené deux selles et quelques gaz. On a continué la glace sur le ventre. La malade a absorbé de la glace et du Champagne, elle a uriné spontanément. Pas de suintement dans le pansement. Nuit assez mauvaise, car la malade a commencé à tousser assez fortement. Le soir on lui avait fait sous la peau une injection de 1500 gr. de sérum, renfermant un peu de caféine. Température axillaire du soir 37°6.

23 mars. — La malade ne souffre pas du ventre, sauf quand elle tousse, car la toux se répète assez fréquemment depuis cette nuit. Elle se sent plus forte. L'aspect général est bon, le teint est un peu coloré. La langue est sale. Pouls 120, régulier, égal, fort. Température le matin, 37°3. Urines jaunes, un peu troubles, 1250 grammes. Ventre souple, non ballonné, non douloureux à la pression. Ce matin on change le pansement, les compresses abdominales sont tachées, elles sont de couleur

brun grisâtre. On retire le drain et les 4 mèches abdominales qui sont fortement imbibées de sang, mais non de sang rouge. La suture tient bien et a bon aspect. On replace un drain dans le ventre.

La journée est bonne, la malade n'a pas souffert, mais elle a beaucoup toussé. Elle a pris un peu de champagne et de lait. Un lavement a amené de nombreux gaz et une selle abondante. Mictions spontanées et faciles, urines normales. Nuit bonne, température du soir 38°2.

24 mars. — On a changé le pansement ce matin. La plaie est très belle, mais elle a beaucoup suinté, sérosité sanguinolente. Le ventre est souple, non ballonné, non sensible. On retire le drain. Dans la journée, la malade a été très bien, ne souffrant nullement, elle a seulement beaucoup toussé et craché. Elle a eu de la fièvre toute la journée, température le matin 38°5, le soir 38°3. Elle a pris : champagne, Todd, lait et une assiettée de potage à midi et le soir. Pas de selle ; mictions spontanées urine rouge jaunâtre, un peu trouble, 750 grammes. Nuit bonne. Pouls 116, régulier, égal, assez fort.

25 mars. — Le pansement est encore fortement taché de sérosité sanguinolente, on le change. Le ventre est toujours souple et non sensible. La plaie abdominale est très belle. On place une longue mèche dans le ventre. Langue sale. Température 38°7. Pouls 1:2, régulier. Urines claires, 800 grammes.

Dans la journée la malade a beaucoup toussé. Une purgation administrée le matin produit une évacuation abondante. Mictions spontanées normales, urines normales. La malade a pris un peu de bouillon et un œuf pour toute nourriture. Nuit assez mauvaise.

26 mars. — Journée bonne; pas de douleurs, température

matin, 37°6 ; soir, 38°1. Pouls 128. Urines 800 grammes, claires. Langue un peu chargée, peu d'appétit. A pris du bouillon à midi, du bouillon et un œuf le soir ; lait et champagne dans la journée. La malade a eu plusieurs selles en diarrhée ce matin, et si douloureuses qu'on a été obligé de donner de l'opium. Mictions normales. A beaucoup toussé et craché. L'auscultation montre qu'il existe de la bronchite assez étendue, teinture d'iode, Todd. Le matin on a changé le pansement qui était à peine taché et enlevé la mèche. La plaie est d'un bel aspect. Nuit bonne.

28 mars. — La malade ne souffre pas ; elle sent l'appétit et les forces revenir peu à peu. Mange actuellement : bouillon, lait, œufs, viande, boit : champagne et vin. Une purgation légère. La malade a vomi une fois « parce qu'elle avait été changée brusquement de lit » dit-elle. Ne tousse presque plus, mais crache encore beaucoup. Mictions et urine normales. On a enlevé les fils aujourd'hui. Plaie abdominale magnifique. Pas de température. Nuit excellente. Pouls à 108.

31 mars. — La malade va très bien. Mange avec appétit, digère bien, va spontanément à la selle. Cicatrice abdominale parfaite. Ventre souple, non douloureux. Nuits excellentes. La malade se sent si bien qu'elle voudrait rentrer chez elle. Le teint est toujours un peu pâle, mais cependant se colore un peu. Pouls 92, régulier, égal, fort.

4 avril. — La malade ne demande qu'à se lever et à rentrer au plus tôt chez elle.

9 avril. — Rien à noter. Cicatrice abdominale parfaite ; pas le moindre signe de hernie quand la malade tousse. Ventre souple, non douloureux.

14 avril. — Rentre chez elle en parfaite état de santé.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre et est une source de précieux enseignement.

D'abord toute grossesse extra-utérine reconnue et ayant déjà donné lieu à des symptômes alarmants (cette femme perdait depuis 25 jours), doit être opérée immédiatement et ne pas être ajournée au lendemain. La petitesse du pouls, la pâleur des téguments, le ballonnement de l'abdomen, et tous les signes d'une hémorrhagie interne grave, ne sont pas des contre-indications opératoires, puisque l'injection de sérum suffit à remonter la malade ; il y aurait même avantage à la pratiquer immédiatement avant ou pendant l'intervention.

De plus, s'il y a nécessité à agir vite, il est absolument indispensable de ne pas refermer le ventre sans s'être assuré d'une hémostase parfaite. Si, malgré des efforts répétés, on ne pouvait parvenir à trouver ou à lier le point qui saigne, il faudrait se résoudre à tamponner le péritoine à la gaze aseptique.

II^e période. — Grossesses extra-utérines après le cinquième mois

Notre dernière observation est isolée ; c'est notre seul cas de grossesse extra-utérine ayant dépassé le 5^e mois.

L'intérêt de la mère était seul en jeu, le fœtus étant mort depuis deux mois environ. Il n'y avait pas à attendre, par conséquent, que la circulation placentaire fût oblitérée. Bien que la mère ne présentât aucun phénomène alarmant, il fallait la débarrasser du kyste fœtal qu'elle portait, et qui pouvait devenir, d'un moment à l'autre, une source de dangers. La laparotomie fit découvrir un fœtus de 37 centimètres avec un énorme placenta plein de sang, occupant tout le Douglas, et dont on sentait les battements vasculaires avec le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur. Contre quelle terrible hémorragie aurait-il fallu lutter, si l'on eût incisé par le vagin !

OBSERVATION XXIV (Service de M. Tuffier)

Grossesse extra-utérine abdominale. — Fœtus mort dans le courant du 7^e mois. — Laparotomie à la fin du 8^e mois.

Engel ... Marie, 29 ans, batelière, entre le 21 octobre 1899, à 2 heures 30 du soir, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Bonnaire.

Le père de la malade est mort à 57 ans d'une affection qu'elle ne peut déterminer ; sa mère est morte à la suite d'une hémorragie utérine à 44 ans.

La malade a eu deux enfants qui sont morts en bas âge ; elle a un frère et une sœur qui sont bien portants. Elle a marché de

bonne heure, dit-elle, mais elle se rappelle avoir eu les jambes incurvées.

Réglée à 17 ans, ses menstrues retardent de 2 à 3 semaines et sont un peu moins douloureuses.

Depuis qu'elle est réglée, elle a des pertes blanches très abondantes qui empèsent le linge. A un certain moment, elle souffrait en urinant et avait des mictions fréquentes.

1^{er} accouchement en 1890, à terme : sommet, fille vivante, morte à 3 mois en nourrice, allaitement artificiel. Les suites de couches furent bonnes, et la femme s'est levée le 7^e jour. Elle a été nourrice mercenaire, son lait était bon et abondant. Le père de l'enfant était bien portant.

Pour la 2^e grossesse, c'est un père différent. Il y a 7 ans, il a eu une otite suppurée à la suite de laquelle il est devenu sourd du côté malade.

La malade a eu ses dernières règles du 3 au 7 décembre. Elle a senti les premiers mouvements du fœtus le 28 avril 1899, et au moment où elle se présente dans le service, l'enfant est mort depuis deux mois. Au commencement de sa grossesse, la malade a eu des troubles dyspeptiques. De plus, jusqu'au 4^e mois, elle a eu des pertes de connaissance à différentes reprises, accompagnées de vertiges et de douleurs assez intenses pour que le médecin qu'elle a consulté lui ait conseillé de prendre de la morphine à l'intérieur.

Après le 4^e mois, les douleurs diminuèrent, mais elle consulta, à Marchiennes, en Belgique un docteur qui, en la palpant trop brusquement aurait provoqué leur rappel, à ce que dit la malade. Deux jours après elle ne sentait plus remuer son enfant, et quinze jours plus tard elle se présentait à la Maternité de

Bruxelles où l'on constate la mort du fœtus et une rétroversion utérine.

Le 13 octobre, la malade dit qu'elle a perdu des peaux et qu'elle a eu une petite hémorrhagie, et 8 jours après, le 21, elle se présente à la Maternité de Lariboisière.

Examen général: Dents cariées, palais ogival. Bosses frontales modérément saillantes. Sternum en marches d'escalier.

Cœur et poumons normaux. Pas d'œdème. Varices au pied gauche. Seins : colostrum. Parois abdominales flasques.

Palper-Toucher. — Par le palper on délimite une tumeur dure située au-dessus de l'arcade de Fallope, du côté droit. Par le palper et le toucher combinés, on trouve une seconde tumeur qui obture le petit bassin et semble être l'utérus vide, elle se continue avec celle qui est située dans la fosse iliaque droite.

Diagnostic probable. — Grossesse extra-utérine avec phénomènes récents de faux travail et fœtus mort dans le courant du 7^e mois.

La malade est passée en chirurgie dans le service de M. Tuffier, salle Elisa Roy, le 21 octobre.

Opération le 24 octobre. — Incision médiane remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Incision du péritoine. On trouve l'épiploon, au milieu duquel est un fœtus de 37 centimètres et probablement de huit mois. M. Tuffier détache facilement le fœtus et les membranes. Ensuite il ouvre une première poche d'hématocèle contenant du sang noir, et un énorme placenta fluctuant, vasculaire, vivant, s'étendant de la symphyse sacro-iliaque au fond du cul-de-sac de Douglas.

Marsupialisation de la poche. Introduction de 2 mèches de gaze entre le placenta et la poche. Section du cordon au ras du placenta. Pas d'hémorrhagie.

On touche la malade et on sent dans le cul-de-sac postérieur la même grosse tumeur qu'on sentait auparavant. Elle a le volume des deux poings ; elle est dure, et on sent sous le doigt des artères qui battent, de sorte qu'on n'ouvre pas immédiatement le vagin.

Pansement septique.

Toutes les sutures ont été faites au tendon de renne.

25 octobre. — Temp. 38°4 ; pouls 96. La malade est dans un excellent état. On enlève les mèches qui sont très imbibées.

26. — La température est tombée ; le pouls s'est ralenti. Le pansement est encore mouillé de sang et de liquides sans odeur.

27. — Température 37. Compresses toujours imprégnées. Bon état.

29. — Température 39°2. Pouls 140. Le pansement répand une odeur fétide ; on enlève avec lui de petits débris de chairs infectes.

30. — Le placenta continue à s'éliminer. Temp. 39°.

31 octobre. — Tem. 39. Pouls rapide. Légère rémission matinale. Le placenta s'élimine toujours ; on draine largement.

1^{er} novembre. — Temp. 37°5. Le cul de sac postérieur bombe toujours beaucoup.

2 novembre. — Ablation des fils. Large ouverture par où l'on draine.

5 novembre. — La température qui était à 37 le matin, est retombée à 39 le soir. Le pansement est toujours fétide et très imbibé.

8 novembre. — Le cul de sac postérieur fait une saillie moins considérable.

12 novembre. — Oscillations de la température. La malade maigrit.

Le pansement a une odeur rappelant celle de la levure de bière.

19 novembre. — Etat stationnaire ; la tuméfaction du cul de sac postérieur diminue peu à peu. La plaie abdominale se ferme. il nē reste plus qu'un trajet peu profond.

23 novembre. — Le suintement a beaucoup diminué : la mèche est seule imprégnée, le reste du pansement est sec.

4 décembre. — Etat très satisfaisant.

11 décembre. — La malade va bien. La plaie abdominale est presque fermée. La masse que l'on sent dans le vagin diminue progressivement de volume et de consistance.

Le 23, la malade commence à se lever ; le 31 elle va très bien.

Le 10 janvier, le toucher révèle encore une petite masse. La malade sort guérie le 11 février 1900.

Chapitre IV

Remarques et indications opératoires

De l'étude de ces observations, nous pouvons tirer quelques remarques, et déduire quelques indications opératoires.

Malheureusement, notre statistique ne comprend qu'un nombre encore trop restreint de faits. Nous aurions voulu y voir figurer, par exemple, des observations de grossesses extra-utérines avec fœtus vivant, à la seconde période. Mais nous avons déjà dit que, c'était plutôt dans les maternités que s'adressaient les femmes, à cette époque, et nous avons vu que la malade qui fait le sujet de l'observation XXIV, nous venait du service d'accouchements de M. Bonnaire. Nous nous limiterons donc à l'étude des faits constatés par nous-même.

Nous voyons d'abord que les malades se sont présentées dans deux conditions différentes : avant ou après la rupture.

1^o *Avant la rupture*, dès les premières semaines de leur grossesse.

Le diagnostic a été impossible, le plus souvent. Il a été soupçonné quelquefois. Il ne fut jamais posé avec certitude. Il y avait presque toujours d'autres lésions annexielles.

La laparatomie a été faite dans tous les cas, sauf un, toutes les malades ont guéri, à l'exception de celle-là.

Les annexes ont été enlevées d'un seul côté, ou des deux côtés, suivant l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions.

2^o *Après la rupture.*

a) Ou bien l'hémorragie était arrêtée depuis peu de temps, et le sang, épanché dans le péritoine, n'avait pas eu le temps de s'enkyster.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue n'a été fait que dans un cas. Deux fois on a cru à un foyer d'appendicite. Il importe de remarquer à ce sujet que l'erreur est assez fréquente, surtout si l'on est appelé à examiner la femme peu de temps après la rupture. Pareille méprise est arrivée à Cabot, Fanny Berlin, Worcester (In Boston méd. journ. 1893), à Barker (Soc. clin. de Londres, 22 février 1893), Engelmann (Americ. Journ. of obstetric, 1892), à Cestan (Thèse de Paris, 1894), etc.

L'incision de la paroi abdominale a été faite dans tous les cas, avec ou sans lavage du péritoine, avec ou sans drainage. Les annexes n'ont été enlevées que du côté malade. La guérison a été la règle.

b) Ou bien la rupture s'était produite depuis un certain temps. Le sang amassé dans le Douglas s'était enkysté, formant une tumeur qui bombait dans le vagin ou le rectum ; nous avons déjà fait remarquer que toutes ces femmes, sauf deux, avaient un passé génital.

Lorsqu'il n'y avait pas suppuration, une seule fois on intervint par laparatomie, mais il fallut abandonner l'opération et revenir à la colpotomie qui fut faite par conséquent dans tous les cas. Il n'y eut ni hémorragie ni infection. La guérison a été constante. L'empâtement péri-utérin a disparu plus ou moins rapidement.

Quand la masse était devenue purulente, soit par infection génitale, soit par voisinage de l'intestin, on s'est borné à faire l'incision du cul-de-sac postérieur dans l'un des 2 cas, où la malade n'avait aucun antécédent génital.

Une fois l'on intervint par laparotomie, il y eut rupture de la poche purulente et mort ; mais nous avons dit que la malade avait été amenée dans un état de faiblesse extrême, et sans grand espoir. Cependant à l'autopsie on trouve une péritonite pelvienne.

L'hystérectomie vaginale a été faite dans les autres cas. Une fois l'hémostase fut faite par écrasement avec l'angiotribe de M. Tuffier, sans pincés ni ligatures. Guérison constante.

3° *Au moment de la rupture.* — Un diagnostic ferme ou de probabilité a été fait dans les 3 cas. L'incision immédiate de la paroi abdominale a été la règle.

Après s'être débarrassé rapidement des caillots,

l'hémorragie a été arrêtée et les annexes enlevées du côté malade. Dans un cas où la quantité de sang perdu avait été très abondante, une injection de sérum fut faite. Les 3 malades guérèrent en un temps qui a varié de 3 à 7 semaines.

4° *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 7^e mois, sans accidents, avec fœtus mort.* — La laparatomie a été faite aussitôt la femme présentée ; le kyste incisé, le fœtus fut extrait et la poche marsupialisée sans avoir touché au placenta par crainte d'hémorragie. Celui-ci mit plus d'un mois à s'éliminer. La guérison se fit en 2 mois.

On a donc eu recours à la laparatomie dans les 2/3 des cas, (16 fois sur 24), à la colpotomie ou à l'hystérectomie vaginale le reste du temps.

Dans tous les cas on s'est contenté d'enlever les annexes d'un seul côté, lorsque celles du côté opposé ne présentaient pas de lésions appréciables. Nous nous demandons maintenant si cette conduite est rationnelle et nous chercherons ensuite à préciser en quelques mots les indications et les contre-indications de chacune des opérations employées.

*1^e. L'ablation des annexes doit-elle être
bilatérale ?*

On a publié quelques observations de grossesses ectopiques récidivées : Karl Abel en 1893 en avait réuni 9 cas

(Arch. f. Gynékol, XLIV, I, 1893). Dans un cas il aurait observé une disposition anormale dans le trajet et la direction de l'oviducte, et il conseille, lorsqu'on opère une grossesse extra-utérine, d'examiner avec soin la trompe du côté opposé, afin de l'enlever au besoin.

Veit (Soc. obst. et gynéc. de Berlin), sur 12 cas de grossesse tubaire a vu 3 récidives du côté opposé; Boisleux en a rapporté un cas à la Société obstétricale de France (22 avril 1892); Berck et Reed. un autre (Améric. Journ. of obstetric, 1893, p. 570). Enfin Klertsch, Tait, Herman, Von Heukelam, Frommel en ont vu aussi des exemples; nous mêmes en avons rapporté un cas dans notre observ. V.

C'est en se basant sur ces faits que Frommel, Puede, Olshausen concluent à l'ablation bilatérale des annexes lors de la laparotomie.

En somme ces cas de grossesse ectopique double ou récidivée sont exceptionnels: et nous pensons qu'on n'a pas le droit de priver la femme du bénéfice d'une grossesse ultérieure normale possible, en lui faisant subir une castration double, sous le prétexte que sa trompe pourra devenir gravide. La lésion étant unilatérale, l'ablation doit être unilatérale; elle ne sera double que si le salpinx, du côté opposé à la grossesse, est manifestement malade.

II. — *Indications de la laparotomie*

La laparotomie est indiquée : 1° au début de la grossesse, lorsque le diagnostic est certain, ou même simplement probable. Si le diagnostic est confirmé par l'opération, tout est pour le mieux. Dans le cas contraire, la malade ne perdra toujours pas le bénéfice de l'intervention, puisque « il suffit d'être en présence d'une tumeur des annexes occasionnant des douleurs, pour que la laparotomie soit indiquée » Pozzi, *Traité de Gynéc.* 2^e édition),

A ce moment l'opération ne présente pas de difficultés.

2° Lorsqu'il y a rupture et que l'hémorrhagie bien que non enkystée, a cessé.

Elle permet de procéder à l'ablation du kyste fœtal et de la trompe qui peuvent donner naissance à de nouveaux dangers : hémorrhagies nouvelles, rupture, etc. La femme en effet peut résister aux premiers accidents, mais succomber aux crises successives qu'une intervention première lui aurait épargnées.

En outre elle permet de débarrasser le péritoine, des caillots, du sang, et des débris fœtaux qu'il contient. Il ne faut pas compter en effet sur le pouvoir de résorption d'une séreuse déjà malade, en général.

3° *Lorsqu'il y a rupture avec inondation péritonéale.*
— Nous pensons qu'il faut inciser la paroi abdominale le plus tôt possible, et dans tous les cas, M. Tuffier a été

appelé à intervenir 3 fois dans ces circonstances et il a eu 3 succès.

L. Tait, partout cité, a vu lui-même 80 cas de rupture avec inondation péritonéale : ses malades ont été sauvées chaque fois qu'il a opéré, elles sont mortes dans tous les autres cas. Aussi il déclare toute hésitation coupable et proclame que l'on doit ouvrir le ventre toujours et tout de suite. La grande difficulté à cette chirurgie d'urgence est dans l'incertitude du diagnostic. Mais la femme est en danger de mort, elle a une hémorragie, il faut lier le point qui saigne, « j'ouvre l'abdomen, dit-il, et fais à la fois le diagnostic certain et le traitement convenable ». (Lect. on ectopie).

Le professeur Pozzi (Traité de gyn.), Haven (Boston méd. Journ. 1893), Cacot (id.), Goodell et Walsh, etc., suivent aussi la pratique de Lawson Tait.

D'autres au contraire, parmi lesquels Veit (Congrès de Fribourg, juin 1879), Ross, le professeur Le Dentu, n'interviennent que si l'hémorragie n'a pas de tendance à s'arrêter d'elle-même. A la dépression qui suit la rupture et la perte d'une grande quantité de sang, ils craignent d'ajouter la dépression qui accompagne toute opération grave. Mais 2 injections de 1500 gr. de sérum n'ont-elles donc pas remonté la malade de notre observation XXIII qui semblait condamnée à une mort prochaine ?

Enfin quelques chirurgiens avec Barnes, Wertle, Johnson, etc., veulent attendre, non par crainte du shock opératoire, mais dans l'espoir que l'hémorragie, peu con-

sidérable, s'arrêtera d'elle-même. Les partisans de l'expectation arguent donc deux états extrêmes : si le cas est grave, n'opérez pas le malade, votre intervention l'achèverait ; si le cas est bénin, n'opérez pas davantage, la malade guérira toute seule. Inutile ici, dangereuse là, toute intervention doit être abandonnée (Cestan).

La statistique de Lawson Tait, jointe à la nôtre, quoique beaucoup moins importante, montre, à la fois, la mortalité considérable de la rupture intra-péritonéale abandonnée à elle-même, et les bienfaits qu'on peut attendre d'une décision énergique et rapide. Toutes deux plaident en faveur de l'intervention : il faut opérer.

4° Quand le fœtus, bien qu'ayant dépassé le 5^e mois, est mort avant d'avoir atteint le terme de la grossesse.

Le kyste fœtal joue alors le rôle de corps étranger dans l'abdomen. Il est une menace continuelle de mort. Qu'il se rompe ou qu'il subisse la transformation purulente, il aboutit toujours à un dénouement fatal, plus ou moins rapidement. Si la femme échappe au danger immédiat, le kyste contracte des adhérences avec les parties voisines, et s'évacue dans les organes creux (rectum, vessie, vagin, etc.), donnant lieu à des fistules intarissables. Compter sur la transformation du fœtus en lithopédion, ou sur sa momification, est une faute. D'abord c'est exceptionnel, et en outre, même dans ce cas, il peut y avoir compression des uretères, du rectum, etc., par cette tumeur abdominale, et l'on n'aura fait que différer l'intervention.

L'ablation du kyste par la laparotomie est donc la seule thérapeutique rationnelle.

Mais où les auteurs ne sont plus d'accord, c'est sur le moment de l'intervention.

La plupart, par une juste crainte de l'hémorragie, conseillent d'attendre que la circulation placentaire soit oblitérée. Mais il faudrait déterminer à quelle époque les vaisseaux placentaires ont perdu leur perméabilité. On admet, en général, que c'est un fait accompli à la fin du deuxième mois qui a suivi la mort du fœtus ; on pourrait donc opérer à partir de ce moment. Or, dans notre observation, le fœtus était mort depuis deux mois, et, cependant, on trouva un placenta encore plein de sang. On sait, d'autre part, que Kirkley eut une hémorragie foudroyante au bout de trois mois.

Aussi pensons-nous que c'est là un point secondaire. On pourra attendre, tout en surveillant étroitement la malade, et se tenir prêt à intervenir à la moindre alerte. Mais la rupture peut survenir brusquement et alors on perd tous les bénéfices de l'attente. N'est-il pas préférable d'opérer de suite, en s'astreignant à certaines règles ? déterminer exactement la situation du placenta, avant de prendre le couteau, on saura ainsi s'il faut attaquer par la voie abdominale ou par la voie vaginale ; éviter le plus possible de toucher au délivre, au cours de l'opération, et surtout ne pas chercher à le décoller ; enfin marsupialiser et tamponner la poche.

III. — *Indications de la colpotomie*

La colpotomie est indiquée lorsque l'hémorragie est arrêtée, et que le sang, enkysté dans le Douglas, fait saillie dans le rectum et le vagin.

L'incision doit être faite au bistouri. Le doigt introduit par la brèche explore la poche qui se draine facilement. Le cas de Rossier (de Lausanne) faisant huit jours après la colpotomie, une laparotomie pour insuffisance de drainage, est exceptionnel (7^e Congrès de la Société allemande de Gynécologie, Leipzig, 9 au 11 juin 1897). Mais on doit bien savoir qu'il faut procéder avec précaution, et agir avec la plus grande douceur, sans forcer sur les parois qui limitent la poche, de peur de les déchirer et d'infecter le péritoine. Du reste, il n'y a pas toujours de poche proprement dite : dans certains cas les parois de la cavité ne sont formées que par les anses intestinales agglutinées. C'est dans ces circonstances qu'on a vu intervenir des accidents septiques suivis de mort : Observations de Bandl (Deut. chir., 1886), de Barsony (C. f. gynœk, 1889), etc.

Avant d'intervenir, il faut encore s'assurer, par un toucher attentif, qu'on ne rencontrera pas le placenta entre la paroi vaginale, et le contenu de la poche. On s'exposerait à le traverser de part en part, ainsi que cela est arrivé quelquefois : l'opérée de Gaillard Thomas (Amérique, Journ. of. Obst., 1875, t. VIII) survécut à la violente

hémorragie qui en fut la conséquence ; celle de O'Hara mourut.

On a reproché à la colpotomie de favoriser les infections péritonéales et les hémorragies, primitives ou secondaires. Nous n'en avons pas observé d'exemple. En tous cas, on les évitera en agissant lentement, et suivant les règles de l'antisepsie la plus rigoureuse. S'il y avait hémorragie, comme les pinces sont difficiles à appliquer, il faudrait inciser l'abdomen, pour peu qu'elle vienne à se prolonger. Du reste, il est évident qu'« on ne doit colpotomiser que des hématocèles qui manifestement ne saignent plus. »

Enfin, on a surtout reproché à la colpotomie de ne pas rendre possible l'exploration des annexes, et de condamner à leur abandon systématique.

Elle permet cependant, « de recueillir des renseignements suffisants. Il suffit d'avoir quelque expérience de la chirurgie vaginale. De plus la colpotomie a tous les avantages d'une opération d'attente qui donne la possibilité de remplir les indications de l'heure présente sans engager l'avenir. » (Segond, 2^e Congrès de Gyn., d'Obst. et de Pédiat., tenu à Marseille du 8 au 15 octobre 1898).

IV. — *Indications de l'hystérectomie vaginale*

Lorsque l'hématocèle suppure ou prend un caractère gangréneux, et qu'il y a en même temps bilatéralité des

lésions annexielles, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix.

Rech (Centralblatt für Gynæk., 1896, n° 16, p. 421) la pratiqua dans un cas où, en même temps qu'un cancer du col, il avait reconnu une tumeur des annexes droites, qui était une grossesse tubaire. M. Potherat est intervenu de la même façon pour une grossesse interstitielle.

On peut dire, en somme, que l'hystérectomie vaginale ne doit intervenir que d'une façon exceptionnelle, dans la thérapeutique de la grossesse ectopique.

Conclusions

1° La grossesse extra-utérine, « à toutes les périodes de son évolution, constitue un danger formidable », et doit être considérée comme une « tumeur maligne ».

2° Toute grossesse extra-utérine reconnue, ou seulement soupçonnée, commande une intervention rapide.

I. — AVANT LE 5^e MOIS

3° *Avant la rupture* ; la laparotomie précoce est seule indiquée ; elle ne présente pas de difficulté.

4° *Après la rupture* :

a) Lorsque l'hémorragie est arrêtée, mais que le sang n'est pas enkysté, la laparotomie est la méthode de choix.

Elle seule permet d'apprécier exactement l'étendue des lésions, et de débarrasser le péritoine de tous les caillots et débris placentaires ou fœtaux qu'il contient.

b) Si des fausses membranes ont pu se former de façon à isoler la tumeur sanguine qui vient faire saillie dans le cul-de-sac postérieur, la colpotomie est indiquée, qu'il y ait ou non transformation purulente.

La présence du placenta entre le contenu de la poche et la paroi vaginale est une contre-indication.

5° *Au moment de la rupture :*

La laparotomie est seule indiquée. Elle doit être immédiate et rapide.

6° S'il y a lésions bilatérales des annexes, ou à la fois, néoplasme du col de l'utérus et grossesse ectopique, l'hystérectomie vaginale est indiquée.

II. — APRÈS LE 5° MOIS

7° Le kyste fœtal doit être enlevé le plus tôt possible par la laparotomie. Seule, elle permet de vaincre les difficultés opératoires qui peuvent se présenter.

Si le placenta est en pleine activité circulatoire, ne pas chercher à le décoller, essayer d'enlever le kyste sans l'ouvrir ; si c'est impossible, marsupialiser la poche, et tamponner lâchement.

8° L'élytrotomie peut convenir dans des cas particuliers : lorsque la tumeur est infectée, qu'elle est très accessible par le vagin, et qu'on est certain de ne pas rencontrer le placenta sous le bistouri.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

- Auvard.* — Traité de gynécologie, 1892.
Bandl. — Deut. chir. 1886.
Barker. — Soc. cliniq. de Londres, 22 février 1893.
Barsony. — C. f. Gynæk, 1889.
Baudelocque. — L'art des accouchements, 1796.
Baudron et Pilliet. — Bull. Soc. anat. mai 1891.
Berck et Reed. — Americ. journ. of obstetric. 1893, p. 570.
Bland Sutton. — Brit. med. journ. nov. 1893.
Boisleux. — Soc, obst. de France, 22 avril 1892.
Byrne. — Soc. ob-t. de New-York, oct. 1898.
Cabot. — Boston med. journ. 1893.
Cazeaux et Tarnier. — Traité de l'art des accouchements, 1874, p. 596.
Cestan. — Thèse, Paris 1894.
Charpentier. — Traité des accouchements, 1886.
Condamin. — Annales de gynécologie, 1895. t. XLIV, p. 175.
Congrès international d'obst. et de gynec. de Bruxelles, 1892.
Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1866.
De Strauch. — Annales de gynec. 1895, t. XLIV, p. 468.

Dezeimeris. — Journ. d. conaiss. médico chirurgic, janv. 1837, t. IV.

Engelmann. — Americ. jour. of obstetric, 1893.

Fanny Berlin. — Boston, med. journ. 1893.

Frommel. — Münchener medic. Woch, 1892, n° 1.

Gaillard Thomas. — Americ. journ. of obstetric, 1875, t. XIII.

Griffith. — Thèse, Paris, 1890.

Haven. — Boston med journ. 1893.

Hennig. — Die krankheiten der Eileiter und die Tuben.

— Schwangersschaft, Stuttgart, 1876.

Karl Abel. — Arch. f. Gynœkol. XLIV, I, 1893.

Labadie-Lagrave et Leguen. — Traité de gynécologie, 1892.

Lawson Tail. — Lec. ou ectopie, et Brit. med. journ. 16 août 1884, p. 317.

Le Dentu. — Gazette méd. de Paris, 7 mars 1891.

Lee. — Soc. obstet. de New-York, oct. 1898.

Levret. — L'art des accouchements, 1786.

Maury — Soc. gynéc. améric., 2 octobre 1884.

Maygrier. — Thèse agrégation. Paris 1886.

Orillard. — Thèse, Paris, 1894.

Pilliet. — Annales de gynécologie, octobre 1895.

— Progrès médical, oct. 1893.

Pinard. — Semaine médicale, 10 janv. 1894.

— Bull. Acad. méd., 6 août 1895.

— Annales de gyn., avril 1889, t. 31, p. 241.

Poncet. — Dictionnaire encyclopédique, Art. Hématocèle

Pozzi Samuel. — Traité de gynécologie, 3^e édition.

Rech. — Centralblatt f. gynœk, 1896, n° 16, p. 421.

Regnault. — Thèse Paris 1891.

- Reynolds.* — Boston med. journ. 1893.
Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.
Rossier. — 7^e Congrès de la Soc. allem. de gynécologie
Lei; zig. 1897.
Schrenck. — Ueber ectopische gravidität, Dorpat 1891.
Segond. — 2^e Congrès de gynéc., d'obst, et de pédiat.,
Marseille 1898.
Smolsky. — 5^e Congrès des médecins russes, Saint-Péters-
bourg. 1894.
— Société de Chirurgie de Paris ; séances des 15 janv. au
19 février 1896.
Strong. — Boston med. journ. 1893.
Tarnier et Budin. — Traité des accouchements, t. II.
Thévenard. — Thèse Paris 1896.
Tuffier. — Société de Chirurgie, 22 novembre 1893 et
janvier 1896.
Veit. — Congrès de Fribourg. juin 1889.
— Société obst. et gynéc. de Berlin.
Velpeau. — Traité des accouchements 1835.
Werth. — Behand der extra-utérin Schmaigerschaf. 1887.
Worcester. — Boston med. journ. 1893.
Zedel. — Zeit. f. Geburts. und Gynœk , 1893.

